DE L'INTERVENTION OPÉRATOIRE N° 57

DANS LES

HERNIES ÉTRANGLÉES

COMPLIQUÉES DE GANGRÈNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

le 16 juillet 1889.

PAR

Joseph GUINIER

Né à Montpellier

Ex-Interne des Hôpitaux de Toulouse

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1889

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN, Doyen.
BERTIN-SANS, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER ✻.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN ✻.
Anatomie.	PAULET (O. ✻ ✠).
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET.
Botan. et Hist. Nat. méd. (ch. de c.)	GRANEL.
Clinique obst. et gynécol. (ch. de c.)	GERBAUD.
Physique médicale. (ch. de c.)	IMBERT.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Prof. honor. M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✠),

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice.

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
BIMAR.	GRANEL.	BROUSSE.
MOSSÉ (✻).	FORGUE.	GILIS.
REGIMBEAU (✻).	TRUC.	IMBERT.
BLAISE.	GERBAUD.	
BAUMEL.	BOINET.	
VILLE.		

M. H. GOT, Secrétaire.
M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. CHALOT, *président.*
TÉDENAT, *Professeur.*
GAYRAUD, *agrégé.*
FORGUE, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

Médecin de Marine

A MES SŒURS

A MON ONCLE & A MA TANTE

MEIS & AMICIS

J. GUINIER.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CHALOT

A Monsieur le Professeur agrégé PÉCHOLIER

Hommage de vive gratitude.

A Monsieur le Professeur GRASSET

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier

J. GUINIER.

A mes Maîtres dans les hôpitaux de Toulouse

Monsieur le Docteur JEANNEL

Professeur de Clinique chirurgicale

Monsieur le Docteur MAYMARD

Chirurgien en chef des hôpitaux de Toulouse

Monsieur le Docteur SAINT-ANGE

Professeur de pathologie interne

Monsieur le Docteur DUPAU

Chirurgien en chef des hôpitaux

J. GUINIER.

INTRODUCTION

L'emploi, universellement répandu de nos jours, de la méthode antiseptique dans des opérations réputées naguère les plus graves, nous fait assister chaque jour à de nouveaux progrès, à des résultats sans nombre qui rendent à tout jamais la période chirurgicale contemporaine exceptionnellement remarquable.

La chirurgie abdominale, bénéficiant, plus que toute autre région, de l'avènement de la nouvelle méthode, a dû subir d'heureux changements et faire honneur aux chirurgiens qui n'ont pas craint de tenter les opérations les plus délicates.

On ne sait plus désormais, à l'exemple de nos devanciers, respecter «la grande séreuse»: tous les organes qu'elle renfermait ont été violés dans leur demeure jusqu'alors impénétrable, et, grâce à la sécurité de ces procédés nouveaux, on abandonne de plus en plus les vieilles méthodes pour se servir de moyens plus dangereux peut-être à première vue, mais, à première vue aussi, plus prompts et plus efficaces.

Aussi, avons-nous cru intéressant de prendre pour sujet de notre thèse inaugurale un des chapitres de cette chirurgie abdominale qui a tant attiré l'attention à notre époque, pour montrer les modifications et les progrès que l'antisepsie a entraînés dans une large mesure dans les diverses méthodes de traitements des hernies gangrenées.

Nous aurons à étudier, d'une part, les procédés que l'on employait autrefois et les changements radicaux apportés par la tactique chirurgicale, à notre époque, dans ces méthodes.

Nous examinerons si la substitution de la nouvelle à l'an-

cienne méthode paraît légitimée, d'après les résultats obtenus; ou bien si les nouvelles méthodes, avec les perfectionnements qu'elles comportent, ont, à côté des premières, des indications spéciales, tout autant de questions difficiles à résoudre encore dans l'état actuel de la science, que nous examinerons cependant avec soin, sans parti pris, nous contentant de juger d'après l'exposé des faits, afin de nous prononcer pour le procédé opératoire qui nous paraîtra le plus avantageux pour l'honneur de la chirurgie et la conservation de la vie du malade.

Qu'il nous soit permis d'adresser nos plus sincères remerciements à M. le professeur Chalot, sur les conseils desquels nous avons entrepris ce travail, et qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; que M. le professeur Jeannel, de Toulouse, qui, avec une grande bienveillance, nous a autorisé à puiser dans les observations de son service, reçoive également l'expression de notre reconnaissance.

PLAN

L'étude de l'intervention opératoire des hernies étranglées compliquées de gangrène nous paraît devoir être divisée en deux parties.

En face d'une hernie gangrenée, on peut ou intervenir directement par des procédés spéciaux, ou bien après un temps plus ou moins long pour compléter une première intervention.

C'est pour ce motif que nous diviserons notre sujet en deux grands groupes.

Le premier comprendra les procédés opératoires immédiats employés dans la cure de ces hernies ; ils se réduisent à deux :

1° L'établissement d'un anus contre-nature ou entérostomie.

2° La résection primitive de l'intestin, l'entérectomie avec ou sans réduction de l'intestin dans la cavité abdominale.

Le second groupe sera consacré à l'étude des procédés usités pour la cure de l'anus contre-nature, à savoir :

1° L'entérotomie ou procédé de Dupuytren, suivie ou non d'autoplastie.

2° L'entérectomie secondaire avec entérorraphie.

DE L'INTERVENTION OPÉRATOIRE

DANS LES

HERNIES ÉTRANGLÉES

COMPLIQUÉES DE GANGRÈNE

PREMIÈRE PARTIE

INTERVENTION PRIMITIVE

Il est, dans la chirurgie herniaire, un précepte pratique universellement connu, que le chirurgien, après le débridement de l'étranglement, doit attirer au dehors l'anse herniée et ne doit réduire dans l'abdomen qu'un intestin en parfait état.

Mais, pour si peu que l'opérateur ait lieu de soupçonner une lésion, la conduite à tenir devra être différente suivant le degré de cette lésion.

L'expectation pourra intervenir lorsque l'intestin fortement étranglé, l'anse herniée à l'ouverture du sac apparaîtra distendue, congestionnée, noirâtre; mais lorsque l'étranglement levé, des modifications ne surviendront pas

dans l'état de l'intestin, tenant compte de cas analogues où l'on a vu des perforations se produire après réduction, il faudra avoirs recours à une intervention spéciale.

Hormis ces cas, assez rares du reste, nous dirons donc, avec le professeur Verneuil, qu'il faudra intervenir :

1° Dans les perforations, grandes ou petites, siégeant sur la connexité de l'anse ou au niveau de l'anneau d'étranglement.

2° Dans les ulcérations incomplètes ayant divisé les tuniques internes, de façon que la paroi ne consiste plus que dans la membrane séreuse.

3° Dans la gangrène de l'intestin, même peu étendue et sans trace évidente de perforation.

4° Dans les altérations douteuses de la paroi intestinale sans gangrène confirmée, mais laissant le doute dans l'esprit de l'opérateur.

5° Enfin, dans les contusions violentes de l'intestin provenant le plus souvent d'un travail immodéré, toutefois sans rupture ou gangrène actuelle.

Nous allons successivement étudier les moyens dont on dispose en pareils cas.

PREMIER GROUPE

Chapitre premier

ÉTABLISSEMENT D'UN ANUS CONTRE-NATURE

Laisser agir la nature dans l'évolution des maladies, tel était le grand précepte des anciens : or, ils avaient remarqué que, dans les hernies gangrenées, le seul moyen de guérison était l'ouverture spontanée de cet intestin malade ; quoi d'étonnant, alors, que les premiers chirurgiens aient

songé tout d'abord à établir cette ouverture, quand la nature ne faisait pas son œuvre ! Aussi, quelle révolution ne dut pas introduire, dans la thérapeutique chirurgicale, celui qui le premier parla de réséquer l'intestin, à une époque où une pareille conception ne pouvait être considérée que comme un moyen barbare, indigne de la chirurgie. Aussi, il rencontra des adversaires passionnés, qui, depuis cette époque, ont discuté sur l'établissement primitif de l'anus contre-nature pour le préférer ou non à la résection immédiate de l'intestin. Cette lutte, de près de deux siècles, existe encore de nos jours, plus vive et plus ardente que jamais; et, malgré les arguments apportés de part et d'autre dans la discussion, les partisans de l'ancienne et de la nouvelle méthode sont loin d'être d'accord entre eux.

L'étude détaillée de la question est depuis longtemps connue: des maîtres tels que Louis, Dupuytren, Nélaton, Gosselin en ont longuement parlé dans leurs ouvrages; aussi, nous permettra-t-on de limiter notre exposé aux seuls points qui nous paraissent susceptibles d'un développement, pour les mettre en parallèle avec ceux de la nouvelle méthode. Question délicate encore à résoudre, mais qui nous paraît le but à poursuivre dans ce travail qui aurait peu sa raison d'être en dehors de cette étude comparative.

Nous nous étendrons surtout sur les indications de l'opération et sur son manuel opératoire.

Indications de l'opération. — Il n'est qu'une seule circonstance, dit Barette dans sa thèse inaugurale, où il soit permis actuellement de se contenter de l'établissement de l'anus contre-nature. « C'est, dit-il, lorsque l'intestin est complètement perforé et qu'à l'ouverture du sac les matières intestinales sont épanchées dans l'intérieur. En pareil cas, l'entérostomie n'a nul inconvénient, et, à l'exemple de la pratique

des anciens, la première indication est de donner un libre cours aux matières de l'intestin, d'agrandir l'ouverture s'il y a lieu, afin d'arrêter le travail destructeur. » Ainsi, hormis ce seul cas, et c'est la conclusion de la thèse de l'auteur, c'est à l'entérectomie, suivie d'entérorraphie, qu'il faudra toujours recourir. Pareille opinion nous paraît un peu excessive, et bien que, d'après le professeur Trélat, « on ne doive admettre l'anus contre-nature que lorsqu'il s'est établi de lui-même », nous ne saurions borner l'indication d'une pareille opération à un nombre aussi restreint de cas. Du reste, dans cette même thèse de Barette, le relevé de 102 observations d'anus contre-nature qu'il publie semblent plaider, mieux qu'il ne veut le reconnaitre, en faveur de cette opération. Le procédé est loin d'être parfait, mais les résultats obtenus sont jusqu'ici les meilleurs et méritent d'être pris en considération. Un fait frappant dans le relevé de ces observations, c'est la période durant laquelle elles ont été pratiquées.

En effet, les recherches auxquelles s'est livré l'auteur commencent à l'année 1700, pour se terminer en 1883. Si l'on veut bien en excepter les dix dernières années, on verra que la plupart de ces opérations appartiennent à une époque où toute antisepsie était inconnue, l'instrumentation du chirurgien incomplète, les soins du malade insuffisants. Malgré cela, nous constatons que sur ces 102 cas, 68 ont guéri, 34 seulement sont morts. Or, peut-on compter avoir de pareils résultats avec la méthode nouvelle ? Pourtant, l'antisepsie la plus rigoureuse est observée, la technique opératoire s'est perfectionnée, les soins donnés au malade sont bien différents, et, malgré cela, nous verrons quelle mortalité effrayante nous donne encore ce nouveau procédé opératoire.

Nous ne saurions donc partager un exclusivisme aussi

rigoureux. L'établissement de l'anus contre-nature que les chirurgiens étrangers tendentà abandonner de plus en plus, mais que la chirurgie française n'a pas rejeté, nous paraît être encore, en présence des resultats obtenus, l'opération de choix, malgré les inconvénients qu'elle peut présenter, et préférable à l'entérectomie primitive tant que de nouveaux faits n'auront pas détruit l'impression fâcheuse que fait éprouver la constatation de ces insuccès nombreux, trop souvent l'apanage de ce dernier genre d'intervention.

Manuel opératoire.— Le procédé ordinairement employé est celui de Nélaton. Il a peu subi de modifications ; c'est celui qui est décrit dans la plupart des traités de médecine opératoire ; aussi, nous contenterons-nous d'en retracer seulement les grandes lignes.

L'opération se réduit à la technique opératoire qui suit: Incision de la paroi abdominale et successivement des diverses couches jusqu'au sac. Ouverture et division sur la sonde du sac péritonéal. Attraction de l'anse intestinale gangrenée. Fixation de cette anse dans la plaie abdominale au moyen de quelques ligatures fixées à chacune des extrémités. Diminution de la plaie cutanée au moyen de sutures. Protection de la plaie contre l'écoulement des matières fécales. Pansement antiseptique.

Il est un point de cette technique qui n'est pas entièrement élucidé. Doit-on, dans le cas d'établissement d'un anus artificiel, inciser ou non l'agent de l'étranglement ?

Certains chirurgiens, tels que Astley Cooper, Key, Dupuytren, Erichsen, afin de ne pas opérer dans un espace trop resserré, pratiquaient une boutonnière au niveau de l'orifice rétréci.

D'autres, au contraire, tels que Lawrence, Syme, Birkett, ont préféré respecter cette barrière, « qui s'oppose, disent-ils,

à l'irruption des matières septiques dans l'abdomen.» Cette discussion est de moindre importance, étant donné, comme le fait remarquer Bancks, que les sujets succombent plus souvent à l'empoisonnement du péritoine qu'aux suites d'une péritonite; néanmoins, il est préférable, dit-il, de rejeter la section de l'anneau, qui créerait un passage entre la cavité péritonéale et la plaie extérieure septique.

La simplicité du procédé opératoire apparaît encore plus complète, quand on met en parallèle la technique opératoire de l'ancienne et de la nouvelle méthode. On ne comprendrait donc pas l'introduction de celle-ci, si l'on n'avait signalé de nombreux inconvénients à l'entérostomie. C'est ainsi que l'on a insisté sur la durée de la fistule stercorale à laquelle cette opération donnait lieu; sur les altérations de la nutrition parfois observées; sur les phénomènes de septicémie par issue de matières dans le péritoine; sur les cas où plusieurs interventions chez le même sujet sont nécessaires pour la guérison de la fistule; enfin, sur les cas d'incurabilité absolue de l'anus artificiel.

Voilà, certes, de sérieux arguments pour condamner une méthode, et l'on comprend qu'on ait cherché à lui en substituer une autre plus parfaite. Mais, en croyant agir ainsi, n'est-on pas tombé d'un excès dans un pire? Assurément, à ne considérer que le but immédiat de l'entérectomie, on ne peut nier que, dans le cas particulier, elle ne soit l'idéal des méthodes: mais peut-on comparer l'innocuité de l'intervention, pour l'établissement de l'anus-contre nature, avec les dangers et la complexité que présente le procédé opératoire de l'entérectomie? Là, encore, ne sont pas les seuls reproches que l'on peut adresser à cette méthode radicale, et nous verrons, quand nous l'étudierons plus en détail, que les inconvénients qu'elle présente sont de toute autre importance; qu'il est préférable, dans l'état actuel des choses, de

ne pas abandonner l'ancienne méthode, qu'il vaut mieux faire supporter au malade les graves ennuis qu'entraîne la formation d'un anus anormal, et même les quelques dangers que sa cure devra plus tard faire subir au patient, que de l'exposer à une opération qui pourrait assurément le guérir entièrement, mais qui peut aussi entraîner sa mort à bref délai.

Chapitre II

ENTÉRECTOMIE PRIMITIVE AVEC ENTÉRORRAPHIE

Après avoir fait un court historique de la question, nous étudierons, comme pour l'entérostomie : 1° les indications de l'opération ; 2° le manuel opératoire.

Historique.— En retraçant ici l'histoire résumée de l'entérectomie, notre but sera de faire ressortir de l'exposé des faits et des doctrines contradictoires, observés aux différentes époques, les avantages et les inconvénients d'une méthode qui a su, en ce moment, obtenir l'accueil favorable d'un certain nombre de chirurgiens. Nous verrons que ce qui reste l'objet de la discussion encore aujourd'hui, reste en litige depuis longtemps, et que, bien que née en France, cette opération n'y a pas été accueillie avec le même enthousiasme qu'à l'étranger : non que la chirurgie française ne marche pas sans cesse dans la voie du progrès, mais parce que, tenant à honneur de rester avant tout une chirurgie médicatrice, tout en faisant abandon complet des méthodes surannées devenues insuffisantes ou inefficaces, elle ne saurait participer cependant à ces audacieuses entreprises que les résultats de la pratique n'ont pas, jusqu'ici, suffisamment justifiées.

Recoudre l'intestin dans les plaies est un précepte que nous voyons émis et admis par les auteurs les plus anciens :

Hippocrate, Gallien. Guillaume de Salicet, Guy de Chauliac, ont écrit également comment à leur époque on se servait d'un cylindre pour faciliter la suture des deux bouts de l'intestin, comme support de l'anse recousue. Ils rejettent ce moyen comme inutile, parce que la nature les chasse et les éloigne de la suture, sans profit pour le but qu'ils devaient remplir. On voit donc que, si de nos jours, quelques chirurgiens défendent encore ce procédé, il est connu et jugé depuis longtemps.

Nous arrivons immédiatement à l'époque où des documents importants font mention de la résection de l'intestin comme traitement des hernies gangrenées. Littre, en 1700, posa, le premier, le précepte de la résection des portions d'intestin gangrenées dans les hernies étranglées et l'établissement de l'anus contre-nature; et ce serait Rhamdhor, chirurgien du duc de Brunswick, qui aurait, en 1747, s'il faut en croire la thèse de Mœbius, pratiqué la première entérorraphie chez une femme atteinte de hernie inguinale étranglée; après kélotomie, la portion d'intestin frappée de gangrène sur une longueur de deux pieds fut réséquée, ainsi que la portion correspondante du mésentère.

Une selle était obtenue au deuxième jour. Il y eut guérison.

Cette première tentative n'eut pas auprès des chirurgiens d'alors la faveur que l'on a l'habitude d'accorder de nos jours aux opérations brillantes. C'est ainsi que Louis, dans son Mémoire sur la cure des hernies gangrenées, « croit absolument nécessaire de retenir dans la plaie les deux bouts de l'intestin, parce qu'il est plus avantageux que le dégorgement des matières, que l'étranglement a retenues, se fasse par la plaie, que d'exposer la plaie réunie à donner passage à ces matières.»

Quelques chirurgiens, Nayler (1794), Lavieille (1810) essaient encore le procédé de Rhamdhor ; et, bien que le

succès ait couronné l'application de ce nouveau mode opératoire, la plupart de leurs contemporains doutent encore de la valeur de la méthode, si bien que Scarpe ne craint pas de proclamer « que l'anus contre-nature était la terminaison la plus favorable de l'étranglement et que, dans les tentatives que l'on avait faites jusqu'à lui pour réunir l'intestin, l'art était resté fort au-dessous de la nature.» Les perfectionnements apportés par Jobert de Lamballe à la suture de l'intestin sont loin d'avoir gagné la cause de l'entérectomie, au point que Dupuytren va même jusqu'à considérer l'entérorraphie secondaire comme une opération accompagnée de trop de difficultés et de dangers pour obtenir la guérison de l'anus contre-nature. Boyer, à son tour, déclare que toutes les opérations pratiquées pour réunir les deux bouts de l'intestin ont été plus nuisibles qu'utiles. Cette crainte d'inciser l'intestin fut telle à cette époque, que Velpeau ne craignit pas de proclamer, dans son Traité de médecine opératoire, que, dans les petites plaies sans gangrène, les ulcérations de la face externe intéressant la tunique péritonéale et même la musculeuse, la réduction pure et simple de l'intestin serait le meilleur remède.

En 1846, une opération d'entérectomie primitive, pratiquée avec succès par Dieffenbach, fut mieux accueillie que les précédentes, mais encouragea peu les chirurgiens à suivre la même méthode. Nélaton conseille encore, dans son Traité de pathologie externe, d'établir un anus contre-nature, et, dans les divers travaux qui se succèdent jusqu'en 1875, il est peu fait en faveur de l'entérectomie. Gosselin, qui termine cette période, considère, dans son Traité des hernies, l'anus contre-nature comme l'opération de choix que l'on doit toujours adopter, sauf dans les petites perforations où la suture de l'intestin sera perforée.

Jusqu'ici, les quelques opérations connues de résection de

l'intestin n'ont eu que peu de retentissement et ont été, au contraire, l'objet de vives critiques.

Dans ces quinze dernières années cependant, un mouvement considérable parmi les chirurgiens étrangers s'est fait en faveur de l'entérectomie, si bien que quelques-uns d'entre eux ne craignent pas d'en faire le seul procédé applicable au traitement des hernies gangrenées. Cette assertion est-elle fondée.

Les moyens dont on dispose semblent-ils autoriser cette opération audacieuse ? la justifient-elle ? C'est ce que nous aurons à examiner par la suite.

Encouragés par les grands changements et les progrès considérables apportés dans la pratique de la chirurgie abdominale, quelques chirurgiens audacieux, surtout en Allemagne, se livrèrent à la pratique de ces opérations que l'on semblait avoir abandonnée en France.

En 1878, Kocher, de Berne, relate deux observations de résection et de suture de l'intestin gangrené, suivies du succès le plus complet.

Czerny ne tarde pas à modifier la suture de Lembert, qu'il trouve insuffisante, pour la remplacer par une suture à double étage.

A la même époque, Beck, se basant sur des vivisections pratiquées sur des chiens, arrive à conclure que la résection est préférable à l'anus contre-nature, parce qu'elle est moins dangereuse que ce dernier procédé: conclusion un peu hardie, conviendra-t-on ; car, en admettant que l'on se soit mis, pour faire ces expériences, dans les mêmes conditions que celles qui ont lieu chez l'homme, on ne peut comparer entre eux les animaux, sujets de l'expérience, en plein état de santé et d'activité, et l'état grave de nos opérés.

Durant les deux années suivantes (1882 et 1883), la littérature allemande parle seule de plusieurs statistiques d'en-

térectomie avec entérorraphie, et des modifications apportées dans le manuel opératoire par ceux qui les ont établies, tels que Magdelung, Carl, Jaffe, Groëffe. Moins hardis que leurs devanciers, ils se montrent surtout disposés en faveur de l'entérectomie secondaire, comme traitement de l'anus contre-nature.

En 1883, M. Bouilly, qui avait, déjà deux ans auparavant, publié un travail d'ensemble sur l'entérectomie suivie d'entérorraphie, dans la *Revue de chirurgie*, nous fait une très intéressante revue critique sur « la résection circulaire et la suture de l'intestin dans la cure des hernies étranglées gangrenées et de l'anus contre-nature». Nous y trouvons, depuis 1873 jusqu'au jour où il écrit, la relation de 36 cas authentiques de résection et de suture intestinales pour hernies gangrenées, et malgré une mortalité de 52 p. 100, l'auteur, encouragé par les résultats qu'il a obtenus, ne paraît pas rejeter ce genre d'intervention. Nous aurions reproduit ces observations, si elles n'avaient déjà été relatées et commentées dans la thèse de doctorat de Barette (Paris 1884), à laquelle nous nous permettons de renvoyer le lecteur.

Dans un article publié dans le *Deutsch zeitschrift für chirur.* de 1884, P. Reischel fait la relation de 6 cas observés à la clinique de Breslau: On a fait, dit-il, six fois l'entérectomie primitive avec entérorraphie dans quatre cas pour des hernies étranglées gangrenées, et deux fois pour ileus. Sur les 6 opérés, 4 ont succombé, 1 a guéri. Le sixième ayant éprouvé des symptômes menaçants, on fut obligé de rouvrir l'intestin suturé et de pratiquer un anus artificiel ; ce même malade succomba peu après à la suite d'une péritonite par perforation, après entérorraphie secondaire.

Reprenant les statistiques établies par Rydygier et Magdelung, le même auteur cite une statistique de 121 cas d'entérectomie primitive qui leur sont personnels. Sur ce nombre,

nous relevons 56 résections pour hernies gangrenées. Malheureusement, l'auteur n'entre pas dans le détail des opérations ; il nous fait connaître les résultats obtenus sans nous dire si les guérisons ont été complètes et si les insuccès sont tous dus à l'intervention opératoire.

Quoi qu'il en soit, ces chirurgiens auraient obtenu 24 guérisons et 32 décès, mortalité qui dépasse encore de beaucoup la moitié des cas observés.

Le *Medical Times* de 1885 contient un article publié par Makins. Sur un relevé de 55 cas d'entérectomie primitive, l'auteur note 29 morts, dont la cause la plus ordinaire est la péritonite septique, soit une mortalité de 52 p. 100. En présence de semblables résultats, des cas favorables de résection si rares, des conditions si difficiles à obtenir pour le succès de cette intervention, l'auteur anglais, tenant compte des statistiques qui donnent une mortalité dépassant toujours la moitié des cas observés, se déclare partisan de l'anus contre-nature, car, outre, dit-il, qu'il fait disparaître des symptômes dangereux, il peut guérir soit par occlusion spontanée, par l'application de l'entérotomie par la résection, avec une mortalité de 38 p. 100 seulement.

Il a été peu fait, dans ces dernières années, pour étendre la pratique de cette opération : les travaux étrangers, anglais ou allemands, que nous avons consultés restent à peu près muets ou n'apportent aucune modification à ce que l'on connaissait déjà. Et, tandis que nous voyons, de nos jours, certaines opérations telles que l'ovariotomie, si pleine de dangers il y a vingt ans, être devenue une opération de pratique courante, pleine de résultats pour ceux qui l'accomplissent, nous voyons la résection de l'intestin, au contraire, être d'autant plus délaissée aujourd'hui qu'elle jouissait, il y a quelques années, d'une faveur considérable. C'est ainsi que, dans l'espace de moins de huit années, M. Bouilly a pu rassem-

bler 36 observations d'entérectomie primitive, nombre relativement considérable, si l'on songe aux quelques cas épars dans la science que l'on connaît depuis 1883 à nos jours. Et, tandis que nous aurions voulu présenter une statistique nouvelle et montrer les progrès accomplis dans cette voie, nous serons obligé, si nous voulons conclure, de nous en tenir à celle parue dans la *Revue de chirurgie* de 1883.

Pourquoi cette abstention de la part des opérateurs? Le premier engouement passé, en face des tristes résultats obtenus, a-t-on craint d'accumuler de nouveaux désastres? nous n'oserions l'affirmer; mais, étant donnés les insuccès nombreux éprouvés, une pareille manière d'envisager les faits nous semble parfaitement admissible.

Nous le répétons encore, l'entérectomie réalise, il est vrai, un immense progrès dans la thérapeutique chirurgicale; mais, tant que des modifications d'un autre ordre n'auront pas diminué les insuccès trop nombreux qu'elle entraîne de nos jours encore, il faudra admettre que c'est une intervention difficile et délicate, trop souvent dangereuse, pour être accomplie par la plupart des chirurgiens.

Indications de l'opération. — Fidèle à notre plan, nous dirons ici les cas où un chirurgien de talent pourra oser tenter cette opération, et, en cela, nous ne saurions mieux faire que de retracer la ligne de conduite suivie par M. Bouilly dans la pratique de ces opérations.

Les circonstances dans lesquelles l'opération peut être tentée peuvent se résumer ainsi :

1° Toutes les fois que l'état général de l'opéré ne sera pas assez mauvais pour faire redouter la durée plus grande de l'opération et l'administration prolongée du chloroforme, et faire prévoir une terminaison rapide, mortelle, soit par syn-

cope, refroidissement, abondance des vomissements, congestion pulmonaire.

2° Quand l'examen minutieux de la variété de hernie, de la nature actuelle des accidents permettra de rejeter l'existence d'une péritonite généralisée ou d'une grave complication d'ordre quelconque.

3° Quand il n'y a pas, au moment de l'opération, de matières fécales épanchées dans le péritoine.

4° Quand on croira pouvoir facilement attirer à l'extérieur toute la portion intestinale et mésentérique gangrenée et réséquée dans les portions saines tant de l'intestin que du mésentère.

5° Quand, enfin, on pourra rétablir d'une manière solide et efficace la continuité de l'intestin sans être gêné par une trop grande différence dans le calibre des deux bouts réséqués.

Tels sont les cas où la résection primitive de l'intestin pourra être tentée. Sans autres commentaires, nous allons exposer les règles du manuel opératoire.

Manuel opératoire.— C'est ici surtout que l'on devra porter toute son attention ; la moindre faute, la plus légère imprudence peuvent être fatales pour la vie du malade.

Dans le cas actuel, point n'est besoin, comme nous le verrons pour la résection comme cure de l'anus contre-nature, d'avoir recours à un lavage soigné de la région avec une solution antiseptique ; on devra cependant, dans le cours de l'opération, ne pas négliger la propreté de la plaie et, après ouverture du sac, quand bien même l'intestin gangrené ne donnerait point issue aux matières fécales, les lois de l'antisepsie devront être observées.

Les mêmes soins de propreté devront être recommandés à l'opérateur et aux aides au moment et pendant toute la durée de l'opération.

Ces précautions prises, on procède à l'opération, à laquelle nous décrirons trois temps:

1° Incision des parties molles permettant d'arriver à l'intestin ;

2° Résection de l'intestin et de la portion correspondante du mésentère ;

3° Suture intestinale que l'on fera suivre ou non de la réduction de l'anse suturée dans la cavité abdominale.

1° Incision des parties molles.— On peut avoir recours, soit comme pour les cas ordinaires de hernies étranglées, à l'incision transversale plus ou moins parallèle à l'arcade crurale, soit à l'incision verticale, qui, dans le cas actuel, paraît préférable comme donnant un plus grand jour et permettant à l'opérateur d'exercer des manœuvres plus faciles. Pareille incision n'a pas lieu par simple kélotomie, ce qui est une faute ; car, comme le fait remarquer Bouilly, «c'est toujours dans l'angle supérieur de l'incision que l'opérateur va chercher l'agent d'étranglement et c'est par en haut qu'il doit se donner du jour par de nouveaux débridements superficiels ou profonds.» L'incision du sac doit se faire dans une grande étendue, afin de faciliter les manœuvres de recherche.

La gangrène reconnue, afin que l'attraction de l'anse malade soit facile au dehors et afin d'éviter qu'une partie du contenu de l'intestin ne fasse issue dans la cavité abdominale, en cas de perforation, l'agent de l'étranglement sera débridé en plusieurs points.

La portion d'intestin, attirée ainsi dehors, devra comprendre non seulement la partie sphacélée, mais une portion plus ou moins considérable de tissus sains de chaque côté de la lésion. Pendant ce premier temps de l'opération, l'hémostase devra être assurée par l'application de ligatures à me-

sure que l'on aura sectionné les vaisseaux des divers téguments.

2° Résection de l'intestin. — Ce second temps de l'opération consiste à retrancher, par deux incisions perpendiculaires, ordinairement au grand axe de l'intestin, une anse intestinale, de longueur variable, frappée de lésions destructives. Contrairement à l'opinion générale, Magdelung propose une incision faite obliquement de la partie convexe vers le bord concave, trouvant que, par ce procédé, la voie est plus libre et la pression moins grande au niveau de la ligne de suture; cette manière de faire, dont le principe est exact, allonge inutilement l'opération, car elle exige pour la réunion un nombre de points de suture plus considérables.

Pour prévenir l'effusion des matières au moment de la résection, on n'est pas d'accord sur la conduite qu'il faut tenir.

On peut faire maintenir par un aide les deux bouts de l'anse à réséquer au moyen de pinces à mors plats, dont les surfaces sont garnies de caoutchouc vulcanisé pour diminuer l'énergie de la constriction, soit, comme le recommande Rydygier, avec des compresseurs élastiques spéciaux qu'il a imaginés pour la résection du pylore, qui ont cet avantage sur les pinces de produire une compression plus égale. D'autres, comme Schede et Jaffe, préfèrent recourir à une ligature modérément serrée. Bouilly emploie le procédé suivant:

Il lie tout d'abord, en arrière de l'intestin, la masse du mésentère à réséquer en une ou plusieurs ligatures, assez serrées pour arrêter la circulation comprise dans l'aire du triangle mésentérique dont la base répond à l'intestin; rien n'est plus facile alors de faire, sans effusion d'une goutte de sang, la résection simultanée de l'intestin et du mésentère.

Ce procédé, un peu plus rapide que les autres, demande

aussi une certaine prudence : il faut éviter tout décollement de l'intestin de la portion correspondante du mésentère, si l'on ne veut être exposé à ce que les bouts intestinaux, déjà privés d'une partie de leur apport vasculaire, ne se mortifient complètement par la constriction des fils au niveau de la ligne de réunion.

Il est un autre procédé de suture mis récemment en honneur par H. Mudd et que nous trouvons décrit dans le *Journal of americ. medic. assoc.* de 1888. Il offre, comme avantage, une manipulation minimum de l'intestin à suturer, un guide parfait pour appliquer les fils et couper l'intestin à angle droit, la rapidité et la facilité des sutures, l'absence de hernie de la muqueuse.

L'anse d'intestin à réséquer est saisie entre deux pinces qui marquent le point où portera la section. En prenant pour guide les bords externes de ces pinces, on fait sept ou huit sutures de Lembert ininterrompues. Le fil (de soie) est laissé flottant au niveau de la portion à réséquer : cette portion réséquée, on serre les fils dont l'insertion se trouve régulière et à égale distance du bord coupé. Puis, on fait une suture continue de catgut fin au-dessus de la précédente pour mieux affronter la surface séreuse et combler les vides laissés entre les huit points de suture.

Un reproche que l'on peut faire à ce procédé, c'est d'empêcher toute désinfection de l'intestin au moment de la suture, par l'application, sur l'intestin, de pinces qui empêchent l'évacuation de son contenu. Il est important, cependant, que cette évacuation se produise ; aussi, est-ce dans ce but que l'on a recommandé les injections d'eau tiède, ou mieux encore d'acide borique à 2 ou 4 p. 100, qui assurent à la fois la désinfection et l'évacuation de l'intestin.

Cette précaution prise, on procédera à la suture de l'intestin et du mésentère.

3° Suture de l'intestin ou entérorraphie primitive.— On ne devra pratiquer la suture intestinale qu'après s'être assuré que les deux bouts d'intestin réséqués sont d'égal calibre, afin d'obtenir une adaptation parfaite, car il arrive parfois qu'un des deux bouts s'étant rétréci, toute coaptation devienne impossible ; en pareil cas, les uns ont proposé la section oblique du bout le plus étroit (Magdelung, Nicaise) ; d'autres, la dilatation avec le doigt ou une sonde de femme ; certains s'adressent au bout supérieur, et, pour rendre exact son affrontement avec l'inférieur de plus petit calibre, Kocher, par exemple, conseille de faire un pli longitudinal interne, afin de diminuer sa circonférence, procédé qui a l'inconvénient de faire valvule dans la lumière de l'intestin. Rydygier fait sur le bout supérieur une section en V dans la circonférence et réunit les bords par quelques sutures de catgut. Bouilly, enfin, pour provoquer les contractions de l'intestin, a recours aux injections et aux courants électriques.

Le nombre de procédés que nous venons de passer en revue prouve qu'il n'en est point de parfait ; qu'il est à craindre, avec certains d'entre eux, que l'issue des matières ne se produise soit par défaut de coaptation, soit par arrêt de ces matières au niveau de la suture ; aussi, s'est-on appliqué à rechercher le meilleur mode de suture. Nous aurons à rechercher si cette tentative a été obtenue.

Comme de la suture dépend presque toujours le succès de l'intervention, on peut dire que c'est le temps le plus délicat de l'opération. Bien qu'aujourd'hui on ait restreint le choix des procédés de suture, nous devons mentionner ceux qui ont été successivement employés. Du reste, quel que soit celui pour lequel on se décide, ils reposent tous sur le même principe, l'adossement des séreuses, que Jobert de Lamballe a su, le premier, si bien mettre en lumière. Avant

lui, Rhamdhor avait invaginé les deux bouts de l'intestin réséqué l'un dans l'autre, qu'il avait maintenus au moyen de de quelques points modérément serrés. La plupart des chirurgiens, à cette époque, imitèrent ce procédé, sans y faire de grandes modifications. Peu après les expériences de Jobert, parut, en 1826, la méthode de Lembert: suture facile à exécuter et suffisamment rapide, ne donnant pas lieu, comme dans le procédé de Jobert, à la formation d'un bourrelet valvulaire, diminuant beaucoup trop la lumière de l'intestin.

Nous ne décrirons pas ici les divers procédés de suture, on les trouvera décrits dans les Traités de médecine opératoire; nous dirons seulement que la suture de Lembert à simple rangée, n'offrant pas, malgré l'adossement très étroit des surfaces séreuses, une sécurité complète, Czerny proposa, en 1880, pour obtenir un affrontement plus exact, une suture à double rang, que Barette a ainsi décrite dans sa thèse: « La rangée profonde la plus rapprochée de la muqueuse se compose de points comprenant l'extrémité de la tunique séreuse et toute l'épaisseur de la musculeuse : ils sont enfoncés obliquement à 4 ou 5 millim. du bord de la section, de telle sorte qu'après que les deux rangées de points sont serrées, on obtient une réunion entièrement solide.» Rydygier, qui a recours à ce procédé, préfère, cependant, remplacer la première rangée à nœuds par une suture continue, la suture ronde, parce que, dit-il, «dans la suture de Czerny, les nœuds de la première série empêchent un adossement parfait des séreuses.» Dans le but, également, d'assurer une réunion exacte qui met à l'abri des accidents consécutifs, Duplay et Assaky ont communiqué à la Société de biologie les résultats de leurs recherches sur la réunion de l'intestin après entérectomie. Leur méthode diffère de la méthode ordinaire. C'est plutôt une ligature qu'une entérorraphie proprement dite. L'anse intestinale, sur laquelle doit porter la résection,

étant attirée hors de l'abdomen, on détermine la portion qui doit être excisée, et l'on fait comprimer, par les doigts d'un aide, les deux points extrêmes au niveau desquels va passer la section. Après incision de l'intestin et du mésentère, ligature des vaisseaux divisés, voici le nouveau procédé de ligature : On invagine le bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur et on procède à la ligature isolée de chacune des moitiés de l'intestin : l'un des fils à ligature enserre la moitié qui correspond au bord libre ; l'autre, la moitié à laquelle se rend le mésentère. Cette ligature a pour effet de fermer entièrement la lumière de l'intestin, occlusion qui persiste au moins pendant 36 heures ; la nature se charge de rétablir plus tard entièrement la continuité du tube intestinal. Les tuniques des deux bouts de l'intestin, pressées par la constriction exercée par les ligatures, tendent à se rapprocher ; les deux séreuses arriveraient presque au contact, n'était une légère collerette interposée qui représente la portion du bout supérieur situé au delà de la ligature. Les auteurs du procédé affirment que l'opération ne dure pas plus de 25 minutes chez les chiens, y compris l'ouverture et la fermeture de l'abdomen.

Riedel, d'Aix-la-Chapelle, qui a recours au procédé de Czerny, l'exécute en deux temps. Il fait d'abord la suture qui ne prend qu'un peu de la séreuse et de la musculeuse, puis défait des deux côtés la ligature élastique appliquée au moment de la résection ; mais, au lieu de terminer immédiatement la suture, il attend le temps nécessaire jusqu'à ce que l'intestin se soit complètement dilaté, alors seulement il exécute la deuxième rangée de suture. Cette méthode permet de mieux surveiller la partie suturée et d'éviter, par une réduction trop rapide, l'issue de matières septiques dans l'abdomen.

Dans ces derniers temps, Neuber a voulu faire revivre

le vieux procédé de l'entérorraphie sur conducteur et a publié une note à ce sujet dans le *Deustch zeitschrift für chirur.* de 1887. Trois fois, à la clinique de Kiel, l'auteur a eu recours au procédé suivant : Les deux bouts intestinaux sont tendus sur un tube d'os décalcifié ; puis on les unit, au milieu de la longueur du tube, par des sutures n'intéressant que la séreuse. En appliquant ensuite la suture circulaire, les premières sutures se trouvent enfoncées dans un sillon qui embrasse le tube osseux et le maintient solidement. Les avantages de ce procédé sont : 1° l'application plus aisée de la suture, parce que le plan sous-jacent est résistant ; 2° la protection de la plaie de la muqueuse contre les matières fécales ; 3° le libre passage du contenu intestinal. Le tube décalcifié disparaîtrait, chez les animaux, au bout de quatre à cinq jours ; chez l'homme, on ne le trouverait pas dans les garde-robes.

Malgré tous les efforts tentés par les chirurgiens, les nombreux procédés proposés et successivement employés, toutes ces méthodes ont leur bilan de succès et d'insuccès. Tel procédé, qui aura pour but de produire un affrontement parfait, donnera lieu à un bourrelet formé par l'adossement des deux bouts, tellement saillant, et produira un rétrécissement tel de la lumière de l'intestin, que le cours des matières pourra être interrompu ; tel autre produira un affrontement insuffisant pour résister, pendant le temps nécessaire, à la consolidation de l'intestin.

On ne saurait donc, dans l'état actuel des choses, recommander un procédé qui pût être le procédé de choix de cette méthode d'intervention ; la suture de Lembert, modifiée par Czerny, reste encore la meilleure, à en juger par les résultats obtenus.

La suture achevée, doit-on réduire immédiatement l'intestin dans la cavité abdominale ou le laisser hors de cette

cavité ? Si l'on était assuré que, malgré toutes les précautions prises, l'épanchement à travers les sutures ne pût pas avoir lieu, il vaudrait mieux terminer rapidement une opération dont la longue durée est souvent dangereuse pour le malade. Malheureusement, cette manœuvre, trop rapide, a donné lieu à des péritonites fécales mortelles, à la suite de perforation, ce qui a rendu les opérateurs indécis sur le meilleur parti à prendre.

Au 8me Congrès de chirurgie allemand, Schede et Esmarck ne se prononcèrent pas sur l'opportunité et la nécessité de la non réduction; et, bien que l'on reconnût les avantages qu'il pouvait y avoir à attendre avant de réduire, la pratique le plus souvent suivie a été la réduction de l'intestin. Bouilly, cependant, tout en reconnaissant qu'il n'y a aucun intérêt à laisser l'anse au dehors, en face des graves dangers qui peuvent résulter de la disjonction de la suture pouvant occasionner un épanchement de matières dans le péritoine, pensa qu'il était préférable de laisser subsister une petite fistule stercorale qui, laissée à découvert, permettrait ainsi une surveillance plus parfaite de la plaie. C'est ce que l'on désigne sous le nom de méthode mixte.

C'est aussi pour se prémunir des inconvénients qu'il y a, parfois, à réintégrer trop rapidement un intestin gangrené dans la cavité abdominale, que nous trouvons décrits dans la thèse de Barette, sous le titre d'« observation d'entérorraphie circulaire secondaire précoce», quelques faits où la suture ne fut faite qu'un certain temps après l'entérectomie, afin que les matières accumulées au-dessus de l'étranglement puissent s'écouler librement au dehors et que les phénomènes d'adynamie et d'algidité que l'on constate chez le malade puissent être combattus. Cette manière d'agir est déjà ancienne, puisque nous voyons Lavieille, en 1810, y avoir recours et obtenir la guérison du malade.

Hahm (*Berlin Klin. Woch* 1888), eu égard au danger qui peut résulter de l'infection de la plaie, a apporté quelques modifications au procédé habituel. L'anse intestinale est attirée au dehors de l'orifice herniaire, on fait une ligature au-dessus et au-dessous de la partie gangrenée que l'on résèque. Après désinfection, les bouts de l'intestin sont bourrés de gaze iodoformée jusqu'au niveau de la ligature, un point de suture empêche les bandes de gaze de ressortir.

Hahm fait ensuite, sur la ligne blanche, une incision de 6 à 8 cent., dirigée de façon qu'elle coupe l'insertion du mésentère dans son milieu, commençant un peu au-dessous de l'ombilic pour se terminer juste au-dessus d'une ligne qui unirait les deux épines iliaques antéro-supérieures. On ouvre la cavité péritonéale et, par cette ouverture, on attire, au moyen d'une pince à longues branches, les deux bouts d'intestin bourrés de gaze iodoformée. La plaie de la ligne blanche est désinfectée à son tour et bourrée de gaze iodoformée. L'entérorraphie se fait au moyen de soie fine.

La suture achevée, l'intestin est encore désinfecté au moyen d'une solution antiseptique; puis, au moyen d'une pince, on place, immédiatement au-dessous de la ligne des sutures, deux étroites bandes de gaze iodoformée que l'on fait glisser jusqu'au mésentère, sur chacune des faces de l'intestin. Ce dernier, ainsi protégé par la gaze, est replacé dans la cavité abdominale et, grâce aux bandes dont l'extrémité fait saillie hors de la plaie, l'intestin reste fixé en place à peu près au niveau du péritoine pariétal. A travers les téguments abdominaux entre les bandes de gaze, on peut apercevoir la portion d'intestin sur laquelle est inséré le mésentère ainsi que la suture circulaire. On comble l'espace libre entre les bandes avec de la gaze iodoformée jusqu'au niveau de la peau et, afin d'éviter un prolapsus intestinal à la suite d'un effort, on fixe la gaze en appliquant quelques

points de suture cutanée qu'on noue solidement par dessus la gaze. Ainsi se trouvent grandement facilités l'examen des deux bouts d'intestin et du mésentère, et la protection de la plaie contre la possibilité d'une infection par l'issue des matières stercorales.

Hahm, qui a pratiqué deux opérations de ce genre, a eu un succès complet. Il s'agissait dans un cas de hernie ombilicale, qui fut guérie en six semaines. Il eut à faire, dans une autre circonstance, l'application de son procédé pour opérer une hernie crurale gangrenée, et eut également un plein succès.

Il serait à souhaiter que de nouvelles observations vinssent nous confirmer la valeur du procédé, qui offre des avantages réels et une exécution facile.

Malheureusement, comme nous l'exprimions plus haut, peu de chirurgiens osent tenter en ce moment cette opération délicate ; il est fort regrettable que ceux qui y ont recours ne nous donnent pas toujours une statistique détaillée de tous les cas : il serait peut-être plus facile alors de déduire, des faits observés, des enseignements qui, en introduisant d'heureuses modifications, permettraient d'entreprendre, avec moins de crainte et plus de chances de succès, une opération considérée, à juste titre, comme bien redoutable.

Chapitre III

CONCLUSIONS DE L'INTERVENTION PRIMITIVE DANS LES HERNIES ÉTRANGLÉES COMPLIQUÉES DE GANGRÈNE

De tout ce que nous venons d'exposer dans cette première partie de notre travail, nous tirerons les conclusions suivantes :

Les procédés opératoires, à l'heure présente, que l'on peut utiliser dans la cure des hernies gangrenées sont: 1° l'établissement de l'anus contre-nature, procédé ancien que la plupart des chirurgiens français emploient encore; 2° la résection primitive complète ou partielle de l'intestin gangrené, que l'on fait suivre de l'entérorraphie immédiate ou tardive, suivant que l'on a recours à un des procédés indiqués. C'est la nouvelle méthode dont nous avons longuement indiqué le manuel opératoire.

De ces deux procédés, aujourd'hui encore, malgré certains avantages que présente l'entérectomie immédiate, nous ne saurions la considérer comme le traitement de la gangrène herniaire. Nul doute qu'elle ne dispense d'emblée, quand elle réussit, le malade d'une infirmité dégoûtante à laquelle il est condamné pendant un temps plus ou moins long avec un anus contre-nature; aussi, partagerions-nous l'opinion de certains chirurgiens, si nous n'avions à considérer la vie du malade et si, d'autre part, nous ne savions, par les observations publiées, le nombre et la gravité des complications que cette opération entraîne. Peut-on, en outre, avec un manuel opératoire aussi compliqué, affirmer qu'il sera toujours facile d'appliquer rigoureusement les règles de l'antisepsie; et l'opération dut-elle réussir sans complications, les tractions exercées sur l'intestin, la chloroformisation du sujet, l'état de prostration dans lequel il se trouve, tout cela ne suffit-il pas pour achever le malade et expliquer les cas de mort, de collapsus ou de shock? Aussi, l'établissement temporaire de l'anus contre-nature, malgré les inconvénients que ce procédé présente, nous paraît être le meilleur mode d'intervention immédiate dans la cure des hernies gangrenées.

Nous verrons, dans la seconde partie de ce travail, les méthodes que l'on pourra plus tard utiliser pour remédier à

l'infirmité que ce procédé occasionne, infirmité assurément insupportable, bien moins dangereuse toutefois pour le malade, puisque les statistiques les plus néfastes n'ont pas publié une mortalité dépassant le 38 p. 100 des cas, tandis que la résection de l'intestin gangrené a entraîné une mortalité de 52 p. 100.

Nous terminerons donc ce premier chapitre en disant qu'en face d'une hernie étranglée avec gangrène de l'intestin, on doit encore s'en tenir au vieux principe et établir un anus contre-nature qui conjure les accidents mortels. Quant à la dénutrition qu'occasionne l'emploi de cette méthode, elle ne fait pas courir de dangers sérieux aux sujets suffisamment résistants, et ceux qui y succombent auraient été encore plus incapables de supporter le traumatisme opératoire que comporte la résection et la suture de l'intestin.

Nous publions, en terminant cette première partie de notre sujet, les quelques observations d'entérectomie primitive qui ont été reproduites, dans ces dernières années, dans les divers journaux de médecine et qui n'ont pas fait partie d'un travail d'ensemble, observations, comme nous l'avons dit, trop peu nombreuses pour que nous puissions en tirer une conclusion pratique.

Observation I.

(Follet. Bulletin médic. du Nord, juillet 1885).

Homme de 35 ans. Hernie inguinale étranglée. Kélotomie. Anse intestinale sphacélée. Débridement. Entérectomie d'après le procédé de Bouilly. Résection de 8 centim. d'intestin grêle. Entérorraphie avec 13 points de suture à la Lembert. Réduction de l'anse herniée. Drainage. Selle le lendemain. Légère poussée de péritonite locale. Guérison complète en six semaines.

Observation II.

(Banks. Medical Times 1888, p. 567).

J. G., 25 ans, cuisinier. Hernie étranglée depuis deux jours. Après taxis infructueux, opération le troisième jour. Kélotomie. Issue d'un liquide noirâtre, fétide. Débridement. Attraction de l'anse perforée au dehors. Section de chaque côté à un pouce de distance de la partie gangrenée. Résection en coin du mésentère correspondant. Après avoir assuré l'hémostase, affrontement des séreuses. Suture à la Czerny. Réduction de l'intestin. Ligature du sac au niveau

du collet. Gaz par l'anus quelques heures après. Le 23e jour, selle à l'aide d'un lavement huileux. Guérison au bout de six semaines.

Observation III.

(Martinet, de Limoges. — Société de chirurgie, 20 février 1889).

Hernie crurale étranglée depuis quatre jours. Gangrène de l'intestin sur une étendue de 10 à 12 centim. Résection de la partie sphacélée et entérorraphie circulaire à l'aide de la suture de Gély. Au moment de la réduction, issue d'une certaine quantité de sérosité fétide qui oblige à laisser béant l'orifice et à le recouvrir de gâteaux d'ouate phéniquée. Fistule peu abondante pendant 22 jours. Dès lors, elle cesse complètement; le malade peut se lever. La guérison fut parfaite.

Observation IV.

(Dr Salvatore lo Grasso, *in* Sicilia medica, juin 1889).

Homme de 70 ans. Hernie inguinale réductible depuis trente ans. Étranglement à la suite d'efforts violents. Opération. Ouverture du sac. Intestin mortifié. Pas de péritonite. Attraction de l'anse gangrenée. Incision circulaire autour de cette partie et empiétant sur la portion saine d'intestin d'une longueur de 8 centim. Résection du mésentère. Six points de suture au catgut à la Lembert pour le mésentère. Douze points pour fermer l'intestin. Réduction. Suture de la plaie externe avec soie phéniquée. Drainage. Pansement phéniqué. Durée de l'opération 1 h. et quart. Suites opératoires normales. Petite fistule stercorale. Guérison complète au bout de deux mois.

Entérectomie et entérorraphie circulaires primitives

ENTÉRECTOMIE ET ENTÉRORRAPHIE

NUMÉROS	DATES	OPÉRATEURS	SEXE. — AGE	NATURE de hernie Durée de l'étranglement	LÉSIONS TROUVÉES	PRÉCAUTIONS
1	1885	Follet	H. 35 ans	Hern. ing.	Intestin gangr.	Ligat. temp.
2	1885	Banks	H. 25 ans	Hern. ing.	Intest. perforé; issue d'un liquide fétide	—
3	1889	Martinet	F.	Hern. ing. 4 j. d'étrangl.	Intestin sphacélé	—
4	1889	Salvatore lo Grasso	H. 70 ans	Hern. ing.	Intestin mortifié	—

CIRCULAIRES PRIMITIVES

RÉSECTION	SUTURE	MÉSENTÈRE	PHÉNOMÈNES consécutifs	TERMINAISON
8 cent.	S. Lemb. 13 p.	Résection	Selle 2e jour périt. locale.	Guérison 6 sem.
? cent.	Sut. cont.	Résection cunéiforme	Selle 23e jour	Guérison 6 sem.
10 à 12 cent.	Sut. Gély	—	Fistule pendant 22 jours	Guérison
8 cent.	Sut. 12 p.	—	Fist. sterc.	Guérison 2 mois

DEUXIÈME PARTIE

INTERVENTION SECONDAIRE

Parmi les méthodes de traitement de l'anus contre-nature, on trouve longuement développé, dans les Traités de médecine opératoire et les ouvrages de pathologie externe, tout ce qui est relatif à l'application de l'entérotomie et des méthodes autoplastiques. Aussi, nous n'insisterons pas longuement sur ces divers points, croyant préférable, au lieu de nous attarder à décrire tel ou tel procédé, à choisir entre tel ou tel entérotome, de nous prononcer sur une question encore fort débattue; à nous demander si, depuis que la découverte des procédés antiseptiques a donné aux chirurgiens une plus grande audace, l'emploi des méthodes nouvelles est toujours rationnel et mieux justifié que celui des méthodes prudentes basées sur les brillantes découvertes de la physiologie pathologique. C'est ce que nous essaierons d'examiner dans le cours de ce second chapitre.

Le traitement chirurgical de l'anus contre-nature diffère suivant la variété à laquelle il appartient.

S'il n'existe pas d'éperon, le traitement chirurgical, consiste à fermer l'orifice extérieur.

La présence d'un éperon complique singulièrement la situation et comporte une intervention tout autre.

Nous aurons donc à décrire ici les divers procédés que l'on emploie en pareils cas ; on peut les diviser en trois classes :

1° Méthode ayant pour but le rétablissement du cours des matières : c'est le procédé de Dupuytren.

2° Méthode ayant pour but la fermeture de la solution de continuité : tels sont les procédés autoplastiques.

3° Méthode remplissant à la fois la double indication : le procédé est nouveau, c'est l'entérorraphie secondaire.

Nous décrirons ces divers procédés dans l'ordre suivant :

1° Procédé de Dupuytren ou entérotomie.

2° Les procédés autoplastiques.

3° L'entérectomie secondaire avec entérorraphie.

DEUXIÈME GROUPE

Chapitre I

ENTÉROTOMIE

Parmi les inconvénients que crée l'établissement de l'anus contre-nature, un des plus graves est, sans contredit, les altérations de nutrition qui varient d'ailleurs suivant l'éloignement qui existe entre l'anus anormal et l'estomac. Malgré des motifs aussi puissants, la tendance des chirurgiens fut longtemps de s'en tenir à des soins purement palliatifs que nous n'avons pas à décrire ici. Il faut arriver à Dupuytren, qui, en 1824, présenta à l'Académie de médecine l'entérotome, cet instrument pratique par excellence, qui permit de guérir désormais « une maladie dégoûtante et dangereuse tout à la fois, qui condamne ceux qu'elle atteint à vivre loin du monde et les fait souvent mourir dans un marasme affreux. » (Dupuytren, Mémoire sur une méthode nouvelle pour traiter les anus accidentels.) Nous ne nous occuperons ici

que du procédé de Dupuytren, indiquant toutefois les modifications apportées par les divers chirurgiens au manuel opératoire.

Méthode de Dupuytren.— La section de l'éperon, que Dupuytren fit le premier avec l'entérotome, aurait été faite, avant lui, à l'étranger. Mais, tandis que Smalkalden faisait la section au bistouri, sur la cannelure de la sonde qui avait perforé la base de l'éperon, Physick la ligature suivie de la section Dupuytren, se basant sur ce fait de physiologie pathologique, qu'une inflammation modérée amène l'adhésion des séreuses, eut l'idée de provoquer cette adhésion au moyen d'une pince qui ne détruirait les tissus qu'à une époque où les adhérences seraient sûrement formées. Tel fut le but de l'entérotome, instrument composé de deux branches latérales et d'une vis de pression à plusieurs filets. L'une des branches (branche mâle) pénètre dans une rainure creusée sur la branche du côté opposé (branche femelle); le bord de ces branches est ondulé.

Deux reproches ne tardèrent pas à être faits à l'instrument : l'application était parfois difficile par suite de l'écartement des branches, et l'éperon ne pouvait être saisi dans sa totalité ; c'est ce qui donna lieu, aux instruments de Nélaton, Legendre, Richet. Un autre inconvénient plus grave, c'étaient de vives douleurs et les phénomènes inflammatoires que provoquait parfois l'entérotome ; aussi Reybard eut-il l'ingénieuse idée d'inventer une pince dont les mors présentaient une rainure, dans laquelle on pouvait porter un instrument tranchant pendant que la pince maintenait accolées les deux lames de l'éperon.

Les succès obtenus par son auteur furent remarquables ; aussi, disait-il : « Je saisis avec empressement l'occasion d'opérer dans ces cas graves (hernies gangrenées) pour aug-

menter le nombre des observations d'anus contre-nature dont j'obtiens si facilement la guérison avec mon entérotome.»

Quoi qu'il en soit, c'est encore l'entérotome de Dupuytren qui est le plus souvent employé et qui s'applique à la majorité des éperons. Il est, cependant, certaines dispositions spéciales où il sera bon d'avoir recours à des instruments particuliers. Outre l'avantage qu'il y aura à se servir de branches parallèles, qui, mieux que l'entérotome, compriment une plus grande surface, les instruments à larges plaques auront leur raison d'être, s'il s'agit d'aller porter l'entérotome au loin (anus iléo-vaginaux); il sera également utile d'employer des branches non symétriques, s'il y a entrecroisement des deux bouts de l'intestin. Nous ne parlerons que pour mémoire de l'entérotomie caustique proposée par Vidal de Cassis, mise encore en honneur par l'Ecole de Lyon.

Quand on aura fait le choix de l'entérotome suivant le cas à opérer, il suffira de l'appliquer en se conformant aux préceptes donnés par Dupuytren et qui lui ont donné tant de succès. Les deux branches introduites isolément dans l'un des bouts de l'intestin seront articulées et serrées à l'aide de la vis. « On ne devra pas craindre de porter, dès le premier jour, la pression assez loin pour éteindre la vie dans les tuniques qu'il embrasse.» (Dupuytren.)

Du reste, l'entente est loin d'être faite, quand il s'agit de savoir si l'entérotomie précoce est préférable à l'entérotomie tardive. Nous venons de voir que Dupuytren pratiquait l'opération en une seule séance, c'est-à-dire qu'il prenait, dès la première application de l'entérotome, entre les mors de la pince, tout ce qui pouvait être saisi de l'éperon, reconnaissant « que, toutes les fois qu'on agit par pression sur les tissus vivants, le meilleur moyen de prévenir le développement de l'inflammation consiste à porter rapidement cette pression

jusqu'au point d'éteindre la vie dans les parties qui en sont le siège.» Telle n'est pas l'opinion de Delpech, qui voit, dans une intervention trop hâtive, la possibilité de produire des phénomènes de suppuration, en enlevant une perte de substances trop considérable. Legendre, à son tour, préfère l'entérotomie en plusieurs fois pour ne pas perforer l'éperon, attendre la formation complète des adhérences et ne pas être exposé à saisir une anse intestinale interposée entre les deux lames.

Le cas est assurément possible; mais on conviendra que, si l'instrument est appliqué en connaissance de cause, pareille erreur sera facile à éviter. Ce n'est donc pas une raison pour condamner un instrument qui rend chaque jour de si grands avantages. Rejette-t-on le forceps de la pratique obstétricale, parce qu'entre des mains inhabiles, cet instrument a produit des désastres ?

Nous dirons, toutefois, que bien que l'entérotomie hâtive ait donné de brillants résultats, malgré le grand avantage qu'elle offre de rétablir rapidement le cours des matières et sans causer une grande déperdition des forces pour le malade, nous croyons qu'il sera préférable de ne pas intervenir avant que l'intestin ne soit en état de subir une opération et que les adhérences ne se soient complètement formées.

Récemment, dans une communication publiée à la Société de chirurgie, M. Richelot, sans condamner l'opération de Dupuytren, vient de proposer, dans le cas où il n'y a pas d'adhérences afin de parer à certains inconvénients auxquels donne lieu l'application de l'entérotome, tels que la difficulté de saisir l'éperon, le glissement de l'instrument, un procédé auquel il doit un succès. Après avoir saisi les deux lames de l'éperon très mobiles au moyen de deux longues pinces disposées en V, M. Richelot fit la résection de la partie saillante de l'éperon, puis fit la suture des parties sectionnées. Quelques

jours après, l'opération était complétée par l'avivement des bords de la plaie et la suture à triple étage.

Pareille modification mérite d'être prise en considération, car il arrive parfois que l'éperon ne puisse être sectionné dans sa totalité, ce qui crée pour le malade une infirmité sans limites; aussi, croyons-nous pouvoir affirmer que ce procédé eût donné un résultat heureux, s'il eût pu être appliqué dans le cas qui suit (Observation communiquée par M. Jeannel).

Hernie crurale étranglée. Anus contre-nature. Au bout de trois mois, première application de l'entérotome de Dupuytren; coliques assez vives; chute de l'entérotome au huitième jour. Exploration de l'anus artificiel; il subsiste un éperon très sensible à 5 centim. des bords cutanés de la plaie.

Deuxieme application de l'entérotome. Chute de l'instrument au cinquième jour. Selle abondante par l'anus; la fistule donne passage à beaucoup de matières. Il subsiste un très petit éperon de 1 à 2 centim. au fond du cloaque.

Troisième tentative d'entérotomie, qui échoue; on ne peut saisir l'éperon; persistance de la fistule stercorale.

C'est également dans un cas analogue que M. Verneuil, n'ayant pu saisir l'éperon avec l'entérotome, eut recours à la pince à polypes pour attirer l'intestin au dehors et fixer ainsi l'entérotome sur l'intestin. M. Desprès préfère la pince à phimosis de Ricord.

Nous venons d'examiner la technique opératoire de ce procédé, nous avons indiqué, également, les modifications que l'on avait fait subir à ce mode d'intervention; il nous reste à voir quels sont les résultats auxquels l'entérotomie a donné lieu.

Cette opération est devenue de nos jours si banale que l'on ne croit plus devoir publier les résultats obtenus, et si l'on cite quelques faits de ce genre, c'est pour signaler surtout les particularités qui ont pu les faire remarquer. Nous serons donc obligé de reproduire des statistiques déjà anciennes: nous en prendrons deux à différentes époques pour mieux faire ressortir l'efficacité de la méthode.

La première en date que nous signalerons est celle de Dupuytren. L'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu nous a laissé une statistique de 41 opérations d'anus anormal pratiquées avec l'entérotome. « Les trois premiers quarts de ces opérations, dit-il, avaient été nécessitées par des gangrènes d'intestins étranglés, et l'autre par des plaies abdominales avec perte de substance plus ou moins considérable du canal alimentaire. Trois sujets ont succombé: l'un à un épanchement présumé de matières stercorales dans le ventre; le second à la suite d'une indigestion; le dernier à une péritonite intense. Des 38 malades, le plus grand nombre n'a éprouvé aucun accident fâcheux: les coliques, les nausées, les vomissements, dont quelques-uns furent, cependant, affectés, ont cédé aux boissons chargées d'acide carbonique, aux sangsues appliquées au fondement, aux fomentations émollientes sur le ventre et à une abstinence rigoureuse des substances alimentaires. La guérison ne fut pas également parfaite sur chacun de ces trente-huit individus. Parmi eux, neuf ont conservé des fistules d'étendues variables qui les ont obligés à porter constamment un bandage compressif, afin de prévenir la sortie plus ou moins abondante de gaz, de mucosités, de liquides biliaires et même de matières stercorales. Les vingt-neuf autres, au contraire, ont été complètement et pour toujours délivrés de leur incommodité, dans l'espace de deux à six mois. D'où il résulte qu'en définitive, la nouvelle opération n'a été mortelle qu'à un individu

sur 14 et même, si l'on écarte le sujet qui périt d'indigestion, qu'à 1 sur 20, proportions de beaucoup plus favorables que celles que présentent la plupart des grandes opérations de la chirurgie. Il est à remarquer que les trois quarts des sujets opérés ont été entièrement et radicalement guéris; que ceux du dernier quart, quoique obligés encore de porter un bandage obturateur, ont été amenés à une condition incomparablement meilleure que celle dans laquelle ils étaient précédemment et que chez les uns comme chez les autres, on pouvait considérer comme ayant entièrement cessé une lésion qui rendait leur existence presque insupportable ou menaçait même de la faire périr.»

Une statistique qui publie de semblables résultats n'a pas besoin de commentaires; aussi, l'opération de l'entérotomie obtint-elle un prompt et brillant succès. Tous les chirurgiens de l'époque appliquèrent ce procédé à la cure des anus anormaux; mais, chose bizarre, l'application de l'entérotome, qui avait donné à Dupuytren d'aussi beaux résultats, n'eut pas le même sort en des mains pourtant fort habiles. C'est un des enseignements que nous tirons de la seconde statistique empruntée à la thèse de Polosson (concours d'agrégation 1883) que nous allons commenter. Dans presque toutes les observations relevées par l'auteur, l'entérotomie a besoin, dans presque tous les cas, d'être complétée par une opération autoplastique; pourtant, avec les ressources que nous possédons aujourd'hui, telle ne devrait pas être la marche des choses, bien que l'on ait dit maintes fois que certaines méthodes thérapeutiques n'avaient chance de succès qu'entre les mains de leurs inventeurs. Peut-être faut-il attribuer, comme cause de ces insuccès, la tendance que l'on a de nos jours à substituer l'entérectomie à l'ancienne méthode, qui engage les opérateurs à négliger des détails importants d'un procédé qu'ils considèrent comme vieux et suranné.

La statistique de Pollosson est basée sur 26 observations, dont 10 seulement relèvent exclusivement de l'entérotomie: dans 16 cas, on dut faire plus tard une opération autoplastique. Parmi les 10 entérotomies, il y a un cas de mort, qui ne saurait être le fait de l'entérotomie proprement dite; un second malade a été perdu de vue avant complète guérison. Des autres 8 cas, on put 4 fois constater la guérison radicale de l'anus contre-nature; les autres opérés, que l'on peut considérer également comme guéris, furent abandonnés porteurs seulement d'une petite fistule que l'on a l'habitude de guérir par des moyens simples, tels que la cautérisation et la compression. Parmi les 16 autres cas où une opération autoplastique fut nécessaire, l'amélioration a été notable, les matières ont repris leur cours normal après un temps plus ou moins long, l'anus s'est rétréci et transformé en fistule; dans quelques cas, toutes les méthodes de traitement échouèrent, mais le rétrécissement fut assez considérable pour que, aidés d'un bandage compressif, les opérés n'aient pas à souffrir d'une issue quelconque des matières par la plaie.

D'après ces données, bien que nous ne sachions pas d'une façon exacte la mortalité qui revient exclusivement à l'opération de l'entérotomie, et bien que quelques auteurs nous parlent de ses dangers et des cas de mort qu'elle a occasionnés (on incrimine la péritonite, les perforations intestinales), elle ne saurait être regardée comme une méthode dangereuse, si bien que bon nombre de chirurgiens qui font couramment cette opération n'ont jamais eu de cas de mort dans leur propre pratique.

A ces deux statistiques, nous pourrions ajouter les 83 cas d'anus anormal, réunis par Heimann et traitée par l'entérotomie. Dans 50 cas, il y eut guérison complète : dans 26 cas, il restait une petite fistule et l'issue des matières était empêchée par la compression. Dans 7 cas seulement, l'opération

fut suivie de mort: c'est donc une mortalité de 8 p. 100. Or, quand nous aurons constaté les résultats de l'entérectomie secondaire et que nous arriverons à une mortalité minimum de 37 p. 100, il ne sera pas difficile alors de se décider pour le meilleur mode de traitement.

Chapitre II

PROCÉDÉS AUTOPLASTIQUES

La persistance de fistules intarissables après l'entérotomie rendit nécessaire une nouvelle intervention pour guérir cette fâcheuse incommodité. De là naquit une foule de procédés que nous verrons varier avec les opérateurs et qu'ils décrivent dans leurs observations.

On peut, néanmoins, ranger sous trois groupes les procédés mis en usage; c'est ainsi que nous les étudierons:

1° Procédés ayant pour but de fermer l'orifice cutané sans agir sur l'intestin.

2° Procédés agissant sur l'orifice extérieur et l'intestin.

3° Procédés agissant sur l'orifice intestinal et le péritoine.

PROCÉDÉS AYANT POUR BUT DE FERMER L'ORIFICE EXTÉRIEUR SANS AGIR SUR L'INTESTIN.

Cette manière d'agir convient dans les cas où les matières passant par l'anus normal, l'orifice intestinal étant obturé, il suffira de fermer l'ouverture cutanée pour amener une guérison complète. Jobert de Lamballe est le premier qui ait agi dans ce but. Voici comment il explique lui-même son procédé: «Après avoir fait une perte de substance, je rapprochai les parties molles à droite et à gauche, au-devant de l'ouverture accidentelle, en les infléchissant en dedans, et les

maintins en contact au moyen de six points de suture entortillée.» C'est le procédé par inflexion qui donne de très bons résultats, surtout quand il s'agit de fermer de petits orifices. Certains chirurgiens ont fait porter l'avivement sur tout le trajet et la réunion se fait en rapprochant les surfaces cruentées: c'est le procédé de Velpeau.

Dans les cas où il existe une grande perte de substance et qu'on aurait peu de chance de succès avec les autres moyens, on peut, comme l'ont fait Blondin et Nélaton, après avoir avivé les bords de l'ouverture, y fixer un lambeau taillé dans le voisinage de la fistule.

Le professeur Gosselin a eu recours au procédé suivant, dans un cas de renversement de l'intestin: après avivement de la muqueuse de l'intestin renversé et de la peau autour de l'orifice, il affronta les surfaces cruentées et les maintint par cinq points de suture enchevillée.

Ces quelques moyens d'autoplastie que nous venons d'indiquer ne sont assurément pas les seuls; ils se rapportent à des cas spéciaux, qui peuvent varier à l'infini; c'est à l'opérateur à savoir, suivant le besoin, choisir entre les divers procédés connus ou à recourir à de nouveaux pour fermer l'orifice qui a nécessité cette intervention.

2° PROCÉDÉS QUI ONT POUR BUT L'OCCLUSION DE L'INTESTIN

On profite ici des adhérences intestinales pour ne pas ouvrir la cavité péritonéale. Tel est le procédé de Malgaigne, qu'il décrit ainsi: «Je commence par aviver le trajet anormal dans toute son épaisseur jusqu'à l'intestin exclusivement, en détachant avec soin celui-ci de ses adhérences extérieures et prenant garde, cependant, que ces adhérences sont quelquefois fort peu étendues et qu'en les décollant au delà d'un demi-centimètre, on risquerait d'ouvrir le péritoine. Je renverse alors en dedans, sans les aviver, les deux lèvres de l'intestin

et je les réunis par la suture en piqué, de manière à les adosser par leur surface externe. Par dessus cette première suture, il ne reste qu'à aviver et réunir les chairs et téguments par la suture entortillée ou la suture enchevillée, en prenant d'ailleurs toutes les précautions nécessaires pour éviter le tiraillement des parties et recourant, au besoin, aux divers procédés autoplastiques.»

L'écueil de cette méthode est l'ouverture possible de la cavité péritonéale pour peu qu'on aille un peu loin c'est pourquoi Denonvillers a modifié le procédé de Malgaigne, en se bornant à disséquer seulement la muqueuse intestinale. Comme la plupart des chirurgiens ont le plus souvent recours aux procédés autoplastiques de Malgaigne, nous ne parlerons que pour mémoire de celui de Reybard, qui procéda à la fermeture de l'intestin par la ligature de la muqueuse, de Chapplain qui a guéri une fistule par dissection de l'intestin et rebroussement des tuniques. Tous ces procédés donnent trop souvent lieu à de petites fistules, qui font traîner la guérison en longueur, pour être préférés aux opérations fondées sur le principe de Malgaigne, qui ont donné les résultats le plus constamment favorables.

3° PROCÉDÉS AGISSANT SUR L'ORIFICE INTESTINAL ET LE PÉRITOINE

Eviter le péritoine, telle fut longtemps la préoccupation des chirurgiens qui pratiquaient des opérations au voisinage de cette séreuse; de là l'écueil constant qu'ils rencontraient dans l'emploi de certains procédés imparfaits qu'ils n'osaient modifier. Mais, profitant des recherches des ovariotomistes et surtout des avantages du pansement antiseptique, le procédé de Malgaigne fut trouvé inférieur, et on ne tarda pas à reconnaître que le procédé de Denonvillers était rempli de

difficultés, dans la nécessité où l'on s'était trouvé jusqu'alors d'opérer dans un espace très limité, afin de respecter le péritoine. Il s'ensuivit bientôt un changement radical, et l'Allemagne se mettant à la tête du mouvement, ressuscite, en 1876, une méthode dont Polano, de Leyde, avait déjà donné les indications vingt ans auparavant. Les cinq cas connus jusqu'en 1881 ont été rapportés dans la thèse de Goubaut (thèse de Nancy 1881), pour que nous n'ayons pas à les reproduire ici. Le premier en date est celui de Polano (1853): deux observations ont été rapportées par Czerny (*in Beitrage zur operat. chirurg.)*; une quatrième a été publiée par Dittel, de Vienne (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 30 novembre 1878); la cinquième est due à Billroth (*in Wiener medizinische Wochenschrift*, 4 janvier 1879).

Nous trouvons, relatée dans la thèse de Pollosson, une observation de M. Trélat, publiée en 1883, qui eut recours à ce procédé pour guérir une malade atteinte de fistule stercorale.

Dans tous ces cas, les résultats furent parfaits, la guérison fut presque toujours rapidement obtenue sans qu'il en soit résulté la moindre récidive pour les opérés. En face des succès remarquables observés et aussi par l'innocuité de ce genre d'intervention, on peut dire que la suture de l'intestin doit être considérée comme le procédé de choix dans l'autoplastie intestinale. Nul doute, en effet, qu'avec une bonne antisepsie, l'ouverture du péritoine dans la région herniaire ne soit une opération facile et permise au chirurgien, quand on constate chaque jour l'innocuité presque absolue de cette séreuse dans les interventions sur l'abdomen.

Depuis les premiers faits publiés, cette méthode autoplastique s'est rapidement répandue et a donné les mêmes succès. Nous donnons ci-après une observation recueillie dans le service de M. Jeannel: ce sera pour nous le moyen de

décrire en terminant ce chapitre la technique opératoire et de montrer ainsi ce qui la différencie des autres méthodes, précédemment employées :

Femme de 43 ans. Hernie inguinale étranglée opérée. Anus contre-nature. Pendant un an, trois applications répétées de l'entérotome ; l'éperon ne peut être saisi.

Opération treize mois après l'étranglement. Après les précautions antiseptiques d'usage, deux purgatifs ; incision de 5 centimètres sur la paroi abdominale tombant perpendiculairement sur la fistule étendue de 2 centimètres au delà de l'anus. Dissection circulaire des adhérences de l'intestin. Attraction des bouts au dehors avec une pince en T. Résection des bords de l'orifice fistuleux, dix points de suture de Lembert avec la soie phéniquée n° 0. Réunion et obturation parfaites. Réunion des lèvres de l'incision cruciale cutanée avec du crin de Florence.

La nuit et jours suivants, des vomissements chloroformiques peu inquiétants mais qui fatiguent la malade. Trois jours après l'opération, selle abondante à la suite d'un lavement laxatif. Le 5e jour suppression des points de suture de la plaie cutanée. Le lendemain, le pansement est souillé d'un pus jaune-verdâtre; les lèvres de la plaie se sont un peu écartées; émission d'un petit gaz par le plaie. Pendant quelques jours les selles furent difficiles par le rectum et durent être provoqués par des lavements. Au bout d'un mois, la guérison était complète, l'opérée se levait et la plaie était cicatrisée.

Chapitre III

RÉSECTION SECONDAIRE DE L'INTESTIN OU ENTÉRORRAPHIE CIRCULAIRE SECONDAIRE.

Il est impossible, dans certains cas, de guérir l'anus contre-nature par les moyens décrits jusqu'ici; l'orifice anormal

persiste, les gaz et les matières intestinales s'échappent et on a beau appliquer l'entérotome à plusieurs reprises, user des différents procédés autoplastiques, la cicatrisation ne s'effectue pas et le malade, épuisé par les souffrances et l'insuffisance de nutrition, réclame une intervention nouvelle de la part du chirurgien, afin de le débarrasser de son infirmité dégoûtante.

La fréquence relative de ces cas avait engagé les chirurgiens à modifier une opération si préjudiciable pour le malade. On pensa alors à faire la résection de l'intestin, dont on suturerait les deux bouts. Mais, à l'époque où cette idée fut nouvelle, personne n'aurait osé la mettre en exécution; car tous la regardaient comme une entreprise trop périlleuse. Proposée par Littre en 1700, ce fut Rhamdhor qui fit, en 1727, la première entérectomie dans les conditions que l'on sait et que nous avons indiquées dans la première partie de ce travail. On connaît l'accueil qui fut fait à ce procédé par les chirurgiens, aux différentes époques, et le grand coup que lui porta Dupuytren en inventant l'entérotome et en publiant les résultats obtenus.

Néanmoins, quelques opérateurs plus audacieux songèrent à utiliser ce procédé dans des cas où l'opération de Dupuytren était impossible ou n'amenait aucun résultat; c'est ainsi que Roux communiqua, en 1828, à l'Académie de médecine, un cas d'anus iléo-vaginal, pour lequel il fit une laparotomie pour aller à la recherche des deux bouts de l'intestin.

L'insuccès qui en résulta fut mal jugé, à tel point que Gendrin considère pareille intervention comme réservée aux cas où les autres moyens n'ont pas donné de résultats, quand le dépérissement du malade et le danger de mort sont tels, qu'il est préférable de l'employer plutôt que de laisser périr le malade.

Plusieurs essais furent cependant tentés pour rechercher

et anastomoser les deux bouts de l'intestin, tel est le cas de Maisonneuve, qui, en 1857, fit, à l'hôpital de la Pitié, la suture du bout supérieur de l'intestin aux bords d'une ouverture pratiquée sur le cœcum, n'ayant pu trouver le bout inférieur.

Mais ce n'est qu'en 1863 que l'entérectomie secondaire fut réellement appliquée, dans la cure de l'anus contre-nature, par un chirurgien américain, Kinloch, cité par Magdelung. Cette opération n'eut aucun retentissement. Ce fut seulement en 1876 que les chirurgiens allemands s'occupèrent réellement de cette opération et contribuèrent à la vulgariser. C'est ainsi que dans les 7e 8e et 9e Congrès de chirurgie, nous voyons les opinions partagées pour savoir s'il faut préférer dans tous les cas les nouvelles aux anciennes méthodes; la plupart cependant, préfèrent l'entérectomie comme méthode générale de traitement. Schede, Billroth, Wittelshœfer, voient, dans l'entérectomie, un moyen plus sûr et plus inoffensif comme méthode de traitement de l'anus contre-nature que l'entérotomie. Magdelung, Carl, Jaffe rejettent l'entérectomie primitive, mais se déclarent pour ce genre d'intervention comme traitement de l'anus contre-nature. Wilms, devant les résultats qu'il a obtenus, préfère l'entérotomie.

En 1881, parut, en France, un premier travail d'ensemble sur la question de l'entérectomie, publié dans la *Revue de chirurgie* par M. Bouilly. Nous y trouvons exposé tous les procédés des chirurgiens, depuis Littre et La Peyronie, qui, jusqu'en 1881, se sont occupés de la question. Sans donner encore une conclusion des faits qu'il rapporte, M. Bouilly estime que cette opération paraît devoir être accueillie avec faveur, car elle doit rendre des services dans les cas de hernies gangrenées.

Le professeur Julliard, de Genève, qui se déclare partisan de ce genre d'intervention, a publié, dans la *Suisse Romande*

de 1882, deux cas dans lesquels il a dû traiter deux anus contre-nature par la résection et l'entérorraphie secondaire.

La thèse de Pollosson (concours d'agrégation de 1883), sur le traitement de l'anus contre-nature et les fistules stercorales, nous donne un travail d'ensemble sur la question de l'entérectomie à cette époque. Nous y trouvons 29 observations reproduites à peu près en même temps dans un second travail de M. Bouilly, qui ont permis à ces auteurs, d'après les résultats obtenus, de tirer des conclusions favorables à ce genre d'intervention. Nous ne reproduirons pas les faits relatés dans ces deux mémoires; mais nous nous servirons des résultats observés pour en déduire les conclusions que nous devons tirer lorsque nous les aurons comparées avec les faits observés dans ces six dernières années.

En 1884, Reichel, en présence des résultats néfastes de l'entérectomie primitive, la repousse dans les hernies gangrenées et préconise l'établissement d'un anus artificiel avec entérorraphie ultérieure. Il cite 9 malades qui ont été opérés de cette façon: 5 sont morts, 4 ont guéri, mais 2 en conservant, pendant un certain temps, une fistule stercorale.

L'année suivante, dans un nouveau mémoire, Reichel donne le résultat de 121 cas d'entérectomie d'après les statistiques dressées par Rydygier et Magdelung. De ce nombre, on compte 37 cas de résection circulaire de l'intestin pour guérir un anus artificiel ou une fistule stercorale, qui ont donné lieu à 21 succès complets. C'est la statistique la plus favorable que nous ayons encore eue. Malheureusement nous n'avons pu connaître les détails précis de chacune de ces observations, de façon à pouvoir, après une rigoureuse analyse, juger comme il convient la valeur des faits observés et les considérations pratiques que l'on aurait pu en tirer.

Grâce à l'obligeance de M. le professeur Chalot, nous pouvons donner ici la statistique de 34 cas d'anus contre-

nature établis à l'hôpital de Dresde, depuis 1881, et traités par l'entérectomie secondaire. Elle a été publiée dans les *Archives für Klin. Chir.* B d XXXVIII Hft 4 J 771-1889.

Dans 14 cas, l'anus contre-nature était consécutif à une hernie étranglée gangrenée : dans les 20 autres cas, à un étranglement interne. L'auteur de l'article ne relate que cinq observations, que nous donnerons plus loin ; il ne donne que peu de détails pour les autres.

Pour ces 14 opérations, 6 ont été pratiquées à propos de hernies inguinales, 7 pour des hernies crurales, 1 pour hernie ombilicale.

Cette statistique peut se présenter de la façon suivante :

Opérations	14
Succès	3
Morts	11

Ce chiffre de 11 morts est peu fait pour encourager la pratique de cette opération, et si la statistique de Reichel était plus favorable que celle de Bouilly en faveur de l'entérectomie, la statistique que nous donnons, est faite, au contraire, pour jeter un discrédit plus considérable sur ce procédé opératoire.

Sur ces 11 cas, 6 tiennent directement à l'opération et, 5 fois, les complications locales et générales ont suffi seules pour entraîner la mort par elles-mêmes en dehors de toute manœuvre opératoire.

Voici comment peuvent se répartir ces cinq derniers cas relatés par l'auteur :

1° Une péritonite, due à l'épanchement stercoral, survint une fois au moment de l'opération ;

2° Une mort au 11^{me} jour doit être attribuée à la complication d'une tuberculose pulmonaire et diaphragmatique ;

3° La pneumonie enleva un malade le 16^{me} jour ;

4° Une perforation de la vésicule biliaire produisit une péritonite, qui amena la mort du malade (voir plus loin l'Observation IV);

5° Un opéré mourut de collapsus 28 heures après l'opération (voir les détails à l'Observation V).

Parmi les causes de morts imputables à l'intervention elle-même, il convient de citer:

Le collapsus, qui enleva deux opérés le jour même de l'opération.

La péritonite, qui, dans trois cas, survint du troisième au sixième jour.

La péritonite chronique, que l'on put impliquer, dans le 6e cas, comme cause, par suite d'inflexion d'une anse d'intestin grêle au-dessus de l'anus contre-nature.

Dans les trois cas où la guérison survint, les choses se passèrent, en général, avec la plus grande simplicité. Nous allons donner tout d'abord ces trois observations résumées.

Observation I.

Femme de 70 ans. Hernie inguinale droite gangrenée. Herniotomie. Anus contre-nature. Deux applications successives de l'entérotome de Dupuytren: l'une au 26e jour, l'autre plus tard. Quatre mois après, avivement de la plaie intestinale. Suture longitudinale. Guérison.

Observation II.

Femme de 48 ans. Hernie crurale étranglée. Herniotomie. Anus contre-nature. Résection de 8 centim. d'intestin. Deux mois après, excision cunéiforme du mésentère. Suture

à la Czerny de l'intestin. La ligne de suture est saupoudrée d'iodoforme. Durée 1 heure et demie. Le 8e jour, une selle sans douleur, les parois de l'abdomen sont souples. Plaie complètement fermée le 16e jour. Guérison quatre semaines après l'opération.

Observation III.

Homme de 69 ans. Hernie crurale gangrenée. Herniotomie. Anus contre-nature. Résection circulaire, un mois après, de 10 centim. d'intestin. Suture de Czerny. Résection cunéiforme du mésentère. Suture du sac herniaire au niveau de l'anneau crural. Suture cutanée. Drainage. Pansement à l'iodoforme. Durée de l'expiration 1 heure et quart.

Le 9e jour, première selle. Phénomènes cérébraux dus à l'intoxication par l'iodoforme. Deux mois après l'opération, le malade est renvoyé en parfait état.

Les deux observations qui suivent ont trait à deux malades qui ont succombé par suite de complications indépendantes de l'opération.

Observation IV.

Homme de 56 ans. Hernie inguinale gauche | gangrenée. Herniotomie. Anus contre-nature. vingt jours après, incision ovalaire autour de l'anus anormal. Dissection des deux bouts intestinaux. On trouva, dans le canal herniaire, un abcès à pus fétide, du volume d'une pomme, en dehors du péritoine. Lavage au sublimé. Agrandissement de l'incision abdominale en haut. Attraction des bouts intestinaux à l'extérieur. Lavage avec une solution chaude d'acide salicylique $^1/_{600}$. Résection d'une portion d'intestin de 10 cent. environ. Résection

du mésentère en forme de coin. Après avoir assuré l'hémostase, suture avec la soie bouillie dans le sublimé suivant le procédé de Czerny. Suture du mésentère. Lavage avec acide salicylique. Suture du trajet herniaire. Pas de sutures perdues au catgut. Suture et drainage de la plaie externe. Pansement au sublimé. Durée de l'opération 1 h. et quart. Opium. Mort, le lendemain, de péritonite, suite de perforation de la vésicule biliaire.

Autopsie. — Atrophie brune du cœur et du foie. Atrophie granuleuse des reins. Emphysème pulmonaire. Péritonite enkystée récente autour de la vésicule biliaire perforée entre le côlon, le pancréas et la face inférieure du foie. On trouve trois gros calculs biliaires, dans la vésicule, qui avaient le volume de deux poings : le canal cholédoque est perméable. Le segment intestinal suturé, qui appartient à la 4^{me} anse de l'iléon, est lâchement uni avec les tissus du voisinage. Pas de péritonite en ce point. La suture ne cède pas sous la pression d'une injection d'eau.

Observation V.

Femme de 48 ans. Hernie inguinale étranglée. Herniotomie. Anus contre-nature. Quatorze jours après, incision ovalaire autour de l'orifice intestinal jusqu'au péritoine inclusivement. Les deux bouts sont unis entre eux sur une longueur assez considérable. On les attire facilement au dehors. Section des deux bouts intestinaux à 3 cent. environ au-dessus de leur ligne d'union réciproque. Excision cunéiforme du mésentère. Ligature des vaisseaux veineux qui produisent une hémorrhagie assez abondante. Suture de l'intestin de Czerny à deux étages avec fil de soie. Suture du col et du sac herniaire et excision du reste du sac. Suture cutanée. Drai-

nage. Pansement au sublimé. Durée 1 h. et quart. Mort, 28 heures après, de collapsus.

Autopsie. — Vieille pleurite avec calcification des deux côtés : cœur graisseux et flasque. Atrophie du foie et de la rate. Stéatose des reins. Athéromatose de l'aorte. Ulcère athéromateux de l'artère iliaque primitive droite, avec thrombose secondaire de la fémorale. Petit épanchement sanguin dans le péritoine. Pas de trace de péritonite. La suture ferme bien. Le bout inférieur vide est affaissé. La muqueuse, au point de la suture, forme bourrelet et produit un stenon complet de l'intestin.

Obligé de nous limiter à ce petit nombre de faits, quelles conclusions pouvons-nous en tirer ?

Une telle mortalité est peu faite, conviendra-t-on, pour encourager la pratique d'une opération aussi désastreuse; et bien que l'auteur du mémoire, auquel nous empruntons cette statistique, plaidant sa propre cause, cherche à atténuer la valeur des faits, il n'en est pas moins avéré que c'est une pratique condamnable et peu digne d'une chirurgie soucieuse de sauvegarder ses intérêts.

L'auteur fait observer que sur les 11 cas de mort, 5 d'entre eux (nous les avons énumérés) ne sauraient relever du fait de l'opération. Mais, pouvons-nous objecter, une des indications principales de cette intervention n'est-elle pas de n'opérer qu'un sujet capable de supporter une opération aussi longue et si pleine de dangers ? L'opérateur a-t-il tenu compte de ce précepte dans l'observation V, où nous constatons, à l'autopsie, des lésions internes multiples, dont une seule était une contre-indication formelle de l'intervention ? Nous pourrions en dire de même pour le cas où le malade mourut au 11^{me} jour de tuberculose pulmonaire.

Dans l'état actuel de la science, on ne peut pas conclure

que l'entérectomie secondaire soit le meilleur traitement de l'anus contre-nature; c'est une opération trop grave, trop remplie de dangers, dont les insuccès sont nombreux, même entre les mains de chirurgiens habiles, pour être recommandée et abordée par ceux qui se livrent à la pratique des opérations.

Nous devons reconnaître, néanmoins, qu'elle a ses avantages et que, dans les cas où elle réussit, elle peut bien être appelée l'idéal de la méthode, nom que ses partisans lui prodiguent trop facilement. C'est ainsi que, dans les observations II et III dont nous avons fait la relation, nous avons constaté que la guérison fut obtenue complète dans le premier cas, au bout de quatre semaines; à la fin du second mois dans l'autre. Chose bien remarquable, si nous tenons compte des cas nombreux où des complications plus ou moins graves ont emporté rapidement les malades. Et, pourtant, il fallut une fois réséquer une portion de plus de 10 centim. d'intestin. Malgré cela, nous ne trouvons noté ni trace de fièvre, ni douleur ou ballonnement du ventre, ni élévation de température. Peut-être faut-il attribuer cette évolution favorable à une observation plus rigoureuse des règles de l'antisepsie, à l'emploi du sublimé, et aussi à une rapidité d'exécution plus grande. Un autre fait que nous devons rapporter, favorable à ce genre d'intervention, c'est la parfaite cicatrisation des bords de la plaie que les opérateurs ont constatée de tous temps et que nous avons observée ici, non seulement chez les opérés guéris, mais aussi chez ceux qui ont succombé; nous avons vu (Observation IV) qu'une injection d'eau, faite dans l'intestin à l'autopsie, avait permis de constater le parfait accolement des lèvres de la plaie.

Nous ne pouvons, faute de documents, donner plus de détails sur ces 14 observations. Il eût été intéressant de comparer les procédés employés de nos jours avec ceux

employés dans les 29 observations que M. Bouilly a publiées dans un second mémoire présenté à la Société de chirurgie en 1883 ; malheureusement, et nous le déplorons ici plus encore que nous ne l'avons fait à propos de l'entérectomie primitive, ceux qui se livrent à la pratique de ces opérations ne nous font pas connaître leurs résultats ou omettent de nous donner les faits cliniques qui nous instruiraient au sujet d'une opération dont le jugement est obligé de se fonder sur un trop petit nombre de preuves. Les succès doivent certainement encourager; mais les insuccès ont aussi leur enseignement. Il serait donc à souhaiter qu'au sujet de cette question aussi importante, tous les chirurgiens publient, avec détails, tous les cas opérés. C'est le seul moyen de faire mieux connaître et apprécier la pratique de l'entérectomie. Depuis le travail de M. Bouilly, il n'a rien paru, à notre connaissance, sur ce sujet en France; on semble, au contraire, adopter plus que jamais l'entérotomie, et plusieurs fois, à la Société de chirurgie, d'heureuses modifications ont été proposées dans le but de rajeunir le vieux procédé de Dupuytren. Ces tendances actuelles prouvent donc que les méthodes nouvelles ne tendent pas encore à substituer les anciennes, et que l'époque est encore éloignée de nous, où la résection secondaire de l'intestin jouira de la faveur qu'obtiennent certaines interventions qui se pratiquent journellement sur l'abdomen.

Il est cependant certains cas spéciaux qui sont susceptibles de ce mode d'intervention; c'est ce dernier point important que nous allons essayer de résoudre:

L'entérotome de Dupuytren ne donna pas, dans tous les cas, ce qu'il avait promis; les chirurgiens d'alors cherchèrent à lui substituer une méthode plus efficace, et nous avons vu comment Roux tenta une laparotomie pour rechercher les deux bouts d'intestin dans un cas d'anus iléo-vaginal.

Cet exemple fut imité, et l'entérectomie fut employée dans les cas où les autres méthodes étaient restées sans résultats : dans ces derniers temps, certains chirurgiens l'ont employée de propos délibéré, de préférence aux autres méthodes anciennes.

On ne saurait cependant appliquer ce genre d'intervention à toutes sortes de cas ; et, bien que de nos jours, nous ne soyons plus autorisés à avoir les mêmes scrupules pour l'ouverture du péritoine, nous dirons, avec M. Bouilly, que l'entérectomie, comme traitement de l'anus anormal, convient :

« 1° Dans les cas où des tentatives antérieures, la compression, l'application de l'entérotome, l'autoplastie ont été suivies d'insuccès.

»2° Quand, malgré l'examen méthodiquement fait, on ne peut se rendre un compte exact de l'état des parties, mieux vaut alors une intervention large et franche qu'une tentative incomplète et avortée faisant courir à l'opéré les mêmes dangers, sans lui offrir les mêmes chances de succès.

»3° Quand on aura reconnu une disposition anormale des bouts intestinaux, leur superposition, leur croisement, leur éloignement l'un de l'autre, ou une différence totale de calibre entre le bout supérieur et le bout inférieur ou plusieurs perforations sur le même point.

»4° Quand il existe un renversement irréductible de l'un des deux bouts intestinaux, et, à plus forte raison, des deux.

»5° Quand il y a complication d'un prolapsus étendu de la muqueuse, avec ou sans invagination de la portion intestinale sus-jacente.

»6° Quand on reconnaîtra un anus contre-nature sans éperon, constitué par une de ces larges pertes de substance, qu'une suture des bords de l'orifice est impuissante à combler.

Nous ajouterons à ces indications que l'on ne devra

jamais intervenir, tant que l'état général du sujet ne lui permettra pas de courir sans danger les risques d'une opération aussi grave. On a constaté trop souvent que les opérés ne tardaient pas à succomber aux suites d'une intervention qu'ils ne pouvaient pas supporter. Aussi, bien qu'il faille tenir compte du délai fixé par les auteurs pour faire cette opération, on ne saurait rien préciser, et une intervention trop hâtive aura toujours moins de chance de réussir que celle qui sera basée sur l'état du sujet à opérer.

Dans ses leçons sur les hernies abdominales, Gosselin fixait à deux mois le temps nécessaire pour pouvoir faire avec succès l'entérotomie après l'établissement d'un anus anormal. Pareil délai ne saurait convenir pour l'entérectomie, car autant l'application de l'entérotome est simple et peu dangereuse pour le sujet, autant celle-ci est complexe et grave dans ses complications. Bouilly, faisant remarquer qu'il faut tenir compte dans la formation et la marche de l'anus contre-nature 1° de la détersion de l'abcès fécal, 2° de l'adhérence de l'intestin à la paroi abdominale et la formation de fistules canaliculées ou d'un orifice formé par les bords intestinaux eux-mêmes, 3° du stade de rétraction cicatricielle pouvant amener une guérison spontanée, fixe, comme limite moyenne, la durée de trois à quatre mois. Tous les opérateurs, cependant, ne suivent pas exactement cette ligne de conduite; tandis que les uns ont opéré plusieurs années après l'établissement de l'orifice anormal, d'autres ont opéré à bref délai. Dans l'observation II, que nous avons publiée, nous voyons l'entérectomie faite avec succès au bout de deux mois; dans l'observation III, un mois après. Nous trouvons, même dans le travail de Polosson, que Gussenbaüer a pratiqué l'entérectomie quinze jours après l'établissement de l'anus contre-nature. Une intervention trop hâtive devra généralement être écartée; nous ajouterons, aux motifs énu-

mérés, la possibilité de la guérison spontanée de la fistule stercorale.

Manuel opératoire.—La technique opératoire a déjà été longuement décrite à propos de la résection primitive de l'intestin ; nous ne signalerons que les particularités propres au cas que nous étudions.

L'antisepsie, plus que dans tous les autres cas, est ici de la plus grande importance. Toutes les précautions devront être prises dans ce but: de grands bains seront donnés plusieurs jours avant l'opération. L'intestin sera vidé par la diète, selon la méthode de Thiersch, et des purgatifs répétés, comme le recommandent Julliard et Rydygier ; dans le but d'immobiliser l'intestin, on aura recours à l'opium la veille de l'opération. L'alimentation du malade sera l'objet d'un soin particulier, afin de le placer dans les meilleures conditions de succès.

Toutes ces précautions prises, le jour de l'opération venu, on fera, au moment d'intervenir, une nouvelle asepsie de la plaie; puis, on devra procéder à la recherche des deux bouts de l'intestin pour les inciser. Pour libérer l'intestin des adhérences, on peut, à l'exemple de Julliard, pénétrer dans la cavité abdominale de haut en bas, à travers une incision pratiquée au-dessus du trajet fistuleux, ou bien on fait autour de l'orifice une incision ovalaire circonscrivant les deux branches de l'anse qui restent adhérentes au pourtour de l'orifice: de ce point comme centre, on libère l'intestin de ses adhérences péritonéales ou celles des tissus voisins ; puis, l'intestin attiré au dehors, on fera la résection des deux bouts, comme il a été dit plus haut. Tantôt, c'est le cas le plus habituel, la portion réséquée sur chacun des deux bords sera peu considérable ; dans quelques cas, au contraire, s'il y a par exemple des perforations multiples, on comprendra que cette

résection puisse embrasser une plus grande étendue. La résection terminée, avant de procéder à la suture, il sera important de tenir compte ici de la différence des bouts réséqués, chose habituelle quand l'anus est ancien. Nous avons indiqué les moyens de corriger cette inégalité. La suture sera alors pratiquée à l'aide d'un des procédés connus ; elle devra dans tous les cas être parfaite et solide. Après réduction de l'intestin, on procédera à la suture des bords de la plaie, que l'on protégera par un pansement antiseptique.

Immobilité absolue de la part du malade, régime alimentaire dirigé en vue d'un repos complet de l'intestin, administration de l'opium, telles seront les conditions qui empêcheront les complications de se produire et qui amèneront une guérison complète dans l'espace de quelques semaines.

Chapitre IV

CONCLUSIONS DE L'INTERVENTION SECONDAIRE

Nous venons d'exposer dans cette seconde partie les méthodes opératoires qui ont pour but le rétablissement du cours des matières et la fermeture de la solution de continuité de l'intestin. Nous avons successivement passé en revue ces divers procédés, exposant les avantages et les inconvénients de chacun d'eux, afin de conclure au meilleur mode de traitement de l'anus contre-nature.

Négligeant les cas où la guérison spontanée peut se produire, aidée du traitement médical et de certaines manœuvres anodines, telles que la compression et la cautérisation, nous avons vu que l'entérotome était d'une application facile, à la portée de tout chirurgien, dont les statistiques établies par Dupuytren et Pollosson nous ont offert des résultats fort satisfaisants. Elle serait donc applicable à tous les cas, si elle ne donnait parfois lieu à des fistules peu dangereuses pour le malade, mais le condamnant à une fâcheuse infirmité; aussi, est-ce pour pallier à cet inconvénient que nous avons vu les procédés autoplastiques venir compléter parfois l'opération de l'entérotomie et produire, à la longue, une guérison peu brillante, mais sûre.

Enfin, comme il est des cas où ni l'entérotome ni les procédés autoplastiques ne pouvaient guérir l'anus contre-nature préexistant, nous avons exposé la méthode introduite, depuis quelques années seulement, dans la thérapeutique chirurgicale, comme cure de l'anus anormal. La jugeant d'après les

faits observés, nous avons vu que la mortalité était considérable, puisque dans notre statistique, la dernière qui ait été publiée, malgré les perfectionnements du manuel opératoire, la connaissance des faits déjà observés, les progrès de l'antisepsie, nous arrivons au chiffre de 70 p. 100.

Nous conclurons donc, en disant avec le professeur Le Fort, que l'entérotomie reste l'opération classique de l'anus contre-nature ; elle n'a pas pour elle le brillant de la résection de l'intestin, mais elle a pour elle la sécurité. L'opérateur ne doit pas oublier qu'il opère dans l'intérêt du malade, non dans le but de se faire un mérite du succès éventuel d'une opération nouvelle, mais dangereuse. Ce n'est qu'après avoir tenté inutilement l'entérotomie, suivie de l'application des procédés autoplastiques, qu'on pourra être autorisé, après une sérieuse discussion des indications, à pratiquer la résection, après avoir toutefois prévenu le malade des risques qu'on lui fait courir pour le débarrasser d'une infirmité, bien souvent compatible avec la vie

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 10 juillet 1889.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 juillet 1889.
Le Doyen,
CASTAN.

BIBLIOGRAPHIE

Établissement de l'anus contre-nature ou entérostomie

VERNEUIL. — *In* Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie 1861, N^os^ des 1^er^ et 15 mars.

BARETTE. — Thèse de doctorat, Paris 1884.

CHALOT. — Médecine opératoire 1886.

JOURNÈS. — Thèse de doctorat, Lille 1884.

BANKS. — Med. Times, 1885, p. 567.

Entérectomie primitive

LITTRE. — Mémoires de l'Académie des sciences, 17 août 1700, p. 300.

LOUIS. — Mémoire sur la cure des hernies avec gangrène.

SCARPA. — Des hernies avec gangrène et des moyens que la nature emploie pour rétablir la continuité du canal intestinal.

DIEFFENBACH. — Arch. gén. de méd. 1887, t. XIII.

NÉLATON. — Pathologie externe, t. IV, p. 265.

GOSSELIN. — Traité des hernies abdominales.

KOCHER. — *In* Centralblatt für chirurgie 1880, N° 29.

CZERNY. — Zur Darmresection. Berliner Klinische Wochenscrift, N^os^ des 8 et 29 nov. 1880.

BECK. — Archiv. für Klinische chirurgie. Band XXII, selft I, p. 74, 1880.

RYDYGIER. — Berliner Klin. Wochens. 1881, N^os^ 41, 42 et 43, p. 593, 619 et 634.

BOUILLY. — De l'entérectomie et de l'entérorraphie, *in* Revue de chirurgie 1881.

BOUILLY et ASSAKY. — De la résection circulaire et de la suture de l'intestin dans la cure des hernies gangrenées. *In* Revue de chirurgie 1883, p. 362.

REICHEL. — Deutsch. Zeitschrift für chir., Band XIX, 1884.

BARETTE. — De l'intervention chirurgicale dans les hernies étranglées compliquées d'adhérences et de gangrène (entérectomie et entérorraphie). Thèse de doctorat, Paris 1884.

BANKS. — Medical Times 1885.

DUPLAY et ASSAKY. — Comp. rend. Société de biologie, 10 juin 1885.

FOLLET. — Entérectomie dans un cas de gangrène herniaire (Bull. méd. du Nord, juill. 1886).

NEUBER. — Zur technick die circularen Darmnaht. Deuts. Zeitsch. für chir. 1887.

H. MUDD. — Journal of americ med. assoc. de 1888.

HAHM. — Berl. Klin. Woch. 25 juin 1888.

Anus contre-nature

Voir Bibliographie in thèse d'agrégation de Pollosson (1883), depuis les premiers auteurs jusqu'en 1883 exclusivement.

POLLOSSON. — Traitement de l'anus contre-nature et des fistules stercorales. Thèse d'agrégation (concours 1883).

RICHELOT. — Société de chirurgie, 15 mai 1889.

Entérectomie secondaire

Voir, comme pour anus contre-nature, la thèse de Pollosson, jusqu'en 1883.

REICHEL. — Zur circularen Darmresection und Darmnhat. Berl. Klin. Woch., 8 sept. 1884.

KORTE. — Parallèle des méthodes anciennes et nouvelles dans le traitement des hernies gangrenées et de l'anus contre-nature (Deut. med. Woch., N° 4, p. 827, 1888.

ANTONESCU. — Bucarest 1888.

ROSENBERGER. — Traitement des hernies gangrenées. Wiener Klin. Woch., N° 1, 1889.

DILLNER. — Archiv. für Klin. chir., Bd. xxxvm, Hft. 14, S. 771, 1889.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 9

Plan 11

PREMIÈRE PARTIE

INTERVENTION PRIMITIVE

PREMIER GROUPE

Chapitre I. — Établissement d'un anus contre-nature 14

Indications de l'opération 15

Manuel opératoire 17

Chapitre II. — Entérectomie primitive avec entérorraphie. 19

Historique 19

Indications de l'opération 25

Manuel opératoire 26

Chapitre III. — Conclusions de l'intervention primitive... 36

DEUXIÈME PARTIE

INTERVENTION SECONDAIRE

DEUXIÈME GROUPE

Chapitre I. — De l'entérotomie 46

Chapitre II. — Procédés autoplastiques 54

Chapitre III. — Résection secondaire de l'intestin ou entérorraphie circulaire 58

Chapitre IV. — Conclusions de l'intervention secondaire.. 73

Bibliographie 75

Table des matières 77

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !